

LA MÉNOPAUSE

I. Définition

- La ménopause est un phénomène naturel défini par la disparition définitive des règles (aménorrhée) depuis au moins un an, associée dans environ 50 % des cas à un syndrome climatérique. La majorité des symptômes sont liés à une carence ostrogénique qui est secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien.
- Elle survient en moyenne vers l'âge de 50 ans, dite précoce quand elle survient avant 40 ans.

II. Physiopathologie

A. La periménopause

- Elle dure de quelques mois à une dizaine d'années et est marquée par le déclin progressif de l'activité folliculaire
- La diminution de cette activité entraîne une diminution de l'inhibine (hormone sécrétée par les follicules primordiaux et qui inhibe l'axe), donc une augmentation de la FSH circulante, celle-ci induit:
 - ✓ Une accélération de la maturation des follicules et un raccourcissement de la phase folliculaire avec mauvaise maturité folliculaire
 - ✓ Un taux d'estradiol souvent élevé, mais avec un pic inadapté, entraînant un pic de LH souvent peu ample et donc une dysovulation et un corps jaune de mauvaise qualité
 - ✓ Il existe donc une hyperoestrogénie relative, associée à une insuffisance lutéale

B. Ménopause

- La disparition des follicules entraîne:
 - ✓ Une diminution globale des sécrétions ovariennes
 - ✓ Une disparition de l'inhibine, d'où élévation de FSH (taux multiplié par 10 à 15 souvent supérieur à 30)
- Il existe aussi une perturbation des neurotransmetteurs cérébraux et donc des troubles de la fonction thermorégulatrice et des fonctions psychiques à cette période

C. Postménopause

- La postménopause est caractérisée par une hypo-oestrogénie chronique entraînant:
 - ✓ Une ostéoporose: augmentation de résorption osseuse
 - ✓ Des modifications métaboliques: avec hyperlipidémie d'où un accroissement du risque cardio-vasculaire qui devient identique à celui de l'homme.

III. Diagnostic

A. la perimenopause:

- troubles du cycle: cycles courts puis long et spanioménorrhée.

- Syndrome prémenstruel: gonflement abdominal, tension mammaire, prise de poids, irritabilité, Sd dépressif, anxiété.
- Pathologie utérine: menometrorragies par hyperplasie de l'endomètre, fibrome
- Pathologie mammaire: mastodynie, mastopathie bénigne.

B. la ménopause

- Le diagnostic est le plus souvent évident, associant aménorrhée et un Syndrome climatérique chez une femme de 50 ans, ne nécessitant pas d'exploration complémentaire.

❖ **L'Aménorrhée:**

- Secondaire, définitif
- persistante supérieure à 12mois
- survenant à un âge compatible.
- Qui ne répond pas au Test aux Progestatifs
 - il est possible de proposer un traitement par progestatif 10 jours par mois pendant 3 mois consécutifs ; l'absence de saignement à l'arrêt du progestatif signe dans ce contexte l'hypoestrogénie et la ménopause.

❖ **Le Syndrome climatérique**

- bouffées de chaleur: épisodes vasomoteurs:
- Sueurs profuses surtout nocturne

❖ **Autres:**

- céphalées, insomnie, asthénie, tendances dépressive, troubles du caractère

❖ **Diagnostic biologique:**

- Chez la femme hystérectomisée, forcément aménorrhéique,
 - Œstradiol effondré < 20 pg/ml
 - FSH > 20 UI/L, élevée souvent > à 40 mUI/mL.
 - Progestérone indétectable

IV. CONSÉQUENCES DE LA MÉNopause

1. À COURT TERME

- des manifestations vasomotrices, souvent au premier plan, telles que bouffées de chaleur, crises sudorales, en particulier nocturnes et parfois très gênantes,
- des troubles du sommeil et de l'humeur, à type d'irritabilité, d'anxiété, d'insomnie et parfois à l'origine d'une authentique dépression ;
- La durée de ces symptômes est très variable, mais le plus souvent, les bouffées de chaleur s'atténuent spontanément après quelques années d'évolution.

2. À moyen terme:

- Troubles urinaire: dysurie, incontinence urinaire
- une atrophie de la muqueuse vulvo-vaginale et une diminution des sécrétions vaginales qui peuvent entraîner une dyspareunie ; prolapsus génital, sècheresse
- des altérations de l'état cutané, avec en particulier un amincissement et une perte de l'élasticité de la peau par

3. À long terme:

- Ostéoporose post ménopausique: Déminéralisation osseuse, risque de fractures
- Augmentation du risque cardiovasculaire: Athérosclérose avec hypertension

V. Ménopause précoce

- Elle survient avant 40ans
- Il s'agit d'une insuffisance ovarienne précoce, définitive
- Étiologies:
 - o Iatrogènes: chirurgie, radiothérapie
 - o Génétique: 45XO, 47XXX, mosaïque
 - o Immunologique, infectieuses...
- Même symptomatologie que la ménopause physiologique, mais plus précoce et profonde imposant un traitement hormonal substitutif

VI. Traitement

1. Hygiène de vie :

- la promotion de l'exercice physique régulier (30 minutes, trois fois par semaine)
- Réduction pondérale (risque vasculaire, risque osseux),
- diététique (moins de calories, hydrates de carbone, lipides,
- Alimentation riche en calcium et d'un régime supplémenté en vitamine D afin de limiter les autres facteurs de risque d'ostéoporose

2. Le traitement hormonal de la ménopause (THM)

❖ Règles de prescription:

- Ne doit pas être prescrit d'une manière systématique
- Surtout dans les 5 à 10 ans suivant la ménopause.
- Ne pas traiter une femme asymptomatique
- Respect des contre-indications après bilan pré thérapeutique
- Réévaluation régulière du traitement

❖ Bilan pré thérapeutique:

- Obligatoire
- Examen clinique complet
- Bilan biologique: glycémie à jeun, cholestérol, TG
- Mammographie
- Frottis cervico utérin

❖ RISQUES DU THM

- Cancer du sein
- Accidents veineux thromboemboliques (AVTE)
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- Lithiases biliaires

❖ Modalités d'administration :

- Le THM associe toujours un œstrogène et un progestatif

- Le P a pour but de diminuer l'hyperplasie et donc le cancer de l'endomètre
- Le P est prescrit au moins 10 à 12 jr par cycle
- Les protocoles varient essentiellement sur les modalités de prise du progestatif. Ils se répartissent entre le schéma séquentiel et le schéma continu

❖ **Contre-indications absolues:**

- Accidents thromboemboliques veineux ou artériel
- ATCD de thrombophilie connue
- Cancer du sein connu ou suspecté,
- ATCD de cancer du sein, cancer de l'endomètre ou autre cancer hormonodépendant
- Atteinte hépatique aiguë ou chronique
- Hémorragie génitale non diagnostiquée

❖ **LES CONTRES INDICATIONS RELATIVES:**

- Fibrome, endométriose, hypertrophie de l'endomètre
- Mastopathies fibrokytose mammaire
- HTA, diabète sucré avec complications vasculaire
- Affections hépatique (porphyrie, adénome du foie)
- Lithiase biliaire
- Migraine ou céphalées

❖ **Surveillance:**

- Signes de sous dosage: réapparition du syndrome climatérique
- Signes surdosage: métrorragies et tension mammaire
- Examen gynécologique + seins à 3mois et 6mois puis chaque 12 mois
- Examens paraclinique: à 3mois puis 6 mois puis chaque 3ans
- Mammographie chaque 2ans, FCV chaque 3ans