

I. Définition

Du grec « méno » = règles et « pause » = arrêt

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 oestrogénique 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

La ménopause est liée à l'épuisement du stock folliculaire ovarien, Elle est précédée d'une phase dite de péri-ménopause qui est caractérisée par une irrégularité des cycles, d'abord raccourcis puis allongés, une dysovulation puis une anovulation, qui s'installe environ 5 ans avant l'interruption définitive des règles

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)

Du point de vue hormonal:

- La progestérone est à des taux très faible
- L'estradiol est bas (< à 50)

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 cardiovasculaire qui devient identique à celui de l'homme.

III. Diagnostic

A. Diagnostic: la periménopause:

troubles du cycle: cycles courts puis long et spanioménorrhée

Syndrome prémenstruel: gonflement abdominal, tension mammaire, ou mastodynies, prise de poids, irritabilité, Sd dépressif, anxiété

Pathologie utérine; menometrorragies par hyperplasie de l'endomètre, fibrome utérin

Pathologie mammaire: mastodynie (hyperplasie du tissu conjonctif), mastopathie bénigne

B. Diagnostic: 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. (confirmation 12 mois)

L'Aménorrhée:

- Secondaire, définitif
- persistante supérieure à 12mois
- survenant à un âge compatible.
- Qui ne répond pas au Test aux Progestatifs

Le Syndrome climatérique

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

Autres: céphalées, insomnie, asthénie, tendances dépressive, troubles du caractère

--Test aux progestatifs :Pour s'assurer de l'arrêt des sécrétions estrogéniques sans attendre systématiquement un an d'aménorrhée, surtout si la femme est symptomatique, et avant de mettre en place un traitement hormonal, 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.

--Diagnostic biologique:

Chez la femme hystérectomisée, forcément aménorrhéique, il est possible de doser

- Œstradiol effondré < 20 pg/ml
- FSH > 20 UI/L, élevée souvent > à 40 mUI/mL.
- Progestérone indétectable

IV. CONSÉQUENCES DE LA MÉNOPAUSE

A. A COURT TERME

La carence estrogénique explique le syndrome climatérique, qui associe :

des manifestations vasomotrices, souvent au premier plan, telles que bouffées de chaleur, crises sudorales, en particulier nocturnes et parfois très gênantes, entraînant ou majorant des troubles du sommeil 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.

B. 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 vaginale...

des altérations de l'état cutané, avec en particulier un amincissement et une perte de l'élasticité de la peau par

C. À long terme:

Ostéoporose post ménopausique: Déminéralisation osseuse, risque de fractures

Augmentation du risque cardiovasculaire: Athérosclérose avec hypertension artérielle.

V. Ménopause précoce

Ménopause précoce

Elle survient avant 40ans

Il s'agit d'une insuffisance ovarienne précoce, définitive

Étiologies:

- Iatrogènes: chirurgie, radiothérapie
- Génétique: 45XO, 47XXX, mosaïque
- 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. Traitement des bouffées de chaleur :

mesures hygiéno-diététiques,

dépister une hyperthyroïdie, un diabète, une HTA...

THM (80% efficacité), β -alanine (Abufène®), Clonidine (Catapressan®) 40-50%, placebo (20-30%)

3. Le traitement hormonal de la ménopause (THM)

consiste à apporter à l'organisme les hormones sexuelles qui ne sont plus produites par les ovaires (œstrogènes et progestérone).

○ Indiqué pour la correction de la carence œstrogénique et les troubles qui en résultent.

○ L'administration d'un tel traitement nécessite un bilan préalable pour bien connaître la situation hormonale de la patiente et juger de l'absence de contre-indications.

○ 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. Il se répartissent entre le schéma séquentiel et le schéma continu

– Ces schéma peuvent être effectués avec ou sans fenêtre thérapeutique

– Combiné (E+P) : discontinu (25 jours) ou continu (28 jours)

– Séquentiel (E seul puis E+P) : discontinu ou continu

– Le schéma discontinu c'est à dire avec un arrêt de 3 à 7 jours permet de « garder » des règles (ou hémorragies de privation)

– Le schéma continu supprime les règles.

– Le choix entre séquentiel ou combiné en continu ou discontinu dépend de la femme : âge, désir de garder des règles ou pas, pathologie utérine bénigne, symptômes pendant l'arrêt.

○ 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 vasculaires
Affections hépatiques (porphyrie, adénome du foie)
Lithiase biliaire
Migraine ou céphalées

○ Surveillance:

Clinique:

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