

LA MENOPAUSE: Doit-elle être traitée?

Dr TSINGAING KAMGAING Jacques

Gynécologue-Obstétricien

Hôpital Général de Douala

Postgraduate Training in Reproductive Health Research
Faculty of Medicine, University of Yaoundé 2007

PLAN

- I - GENERALITES
- II - PHYSIOLOGIE
- III - MANIFESTATIONS CLINIQUES
- IV - TRAITEMENT

GENERALITES

Qu'est-ce que la ménopause?

- La fin des règles
- La fin de l'activité ovarienne
- La fin de la capacité de reproduction
- La période de transition entre les années de fécondité de la femme et celles où elle n'est plus en âge de procréer

⇒ *Le terme vient du grec **ménos**(mois) et **pausis** (arrêt)*

GENERALITES I

- **Préménopause** : Période précédant la ménopause caractérisée cliniquement par une tendance aux anomalies du cycle (aménorrhées , cycles courts ou allongés, ménorragies, ...). Durée: 3-5 ans en général.
- **Ménopause** : Phénomène naturel programmé génétiquement. Arrêt définitif des menstruations, résultant de la perte de l'activité folliculaire ovarienne.

GENERALITES II

- Postménopause (ou ménopause confirmé) :
→ La période qui fait suite à la périménopause et qui se poursuit jusqu'à la fin de l'existence. Il s'agit en fait du vieillissement chez la femme.
- Age de survenue : 45-55 ans ; moyenne : 51 ans
- Ménopause précoce : < 40 ans
- Ménopause tardive : > 55 ans

GENERALITES III

- Perception : → différemment selon les sociétés.
- ♣ En occident et aux USA → fin d'une vie où l'on perd sa féminité.
- ♣ Sociétés orientales « Mayas », Afrique : les femmes attendent avec joie la cessation des règles et considèrent la ménopause comme étant une période positive.



PHYSIOLOGIE

- Accélération de la diminution du capital ovocytaire (Apoptose).
- Diminution et arrêt de la sécrétion d'estradiol ($E2 < 20 \text{ pg/ml}$).
- Élévation du taux de FSH ($FSH > 30 \text{ UI/ml}$).
- Baisse et arrêt de la fertilité.
- Persistance de sécrétion d'androgènes.

MANIFESTATIONS CLINIQUES I

A - PRÉMÉNOPAUSE

- 1 - Irrégularité des cycles menstruels
(↑ Anovulation)
- 2 - Signes liés à l'hyperestrogénie relative :
 - Mastodynie
 - Ballonnement abdominal
 - Irritabilité prémenstruelle
 - Syndrome prémenstruel sans règles
- 3 - Bouffées de chaleur intermittentes

MANIFESTATIONS CLINIQUES II

B – MENOPAUSE

1. Troubles vasomoteurs (bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes, ...)
2. Troubles urinaires (incontinence,...)
3. Sécheresse vaginale et de la peau (→ dyspareunie, perte de la libido...)
4. Troubles dépressifs (65%)

MANIFESTATIONS CLINIQUES III

- 4 - Troubles dépressifs (65%)
- 5 - Prise de poids
- 6 - Ostéoporose (25%)
- 7 - Risques des maladies CV (40-45%)
- 8 - Asymptomatique (60% des cas)

TRAITEMENT I

- Qui traiter ? A partir de quand traiter ?
- Pourquoi traiter ? (Avantages du Traitement Hormonal Substitutif - THS).
- Risques du THS de la ménopause.
- Protocoles thérapeutiques.

TRAITEMENT II

Qui traiter ?

- ♥ Femmes se plaignant de troubles liés à la carence estrogénique.
- ♥ Femmes ayant une ménopause avant l'âge de 45 ans.
- ♥ Femmes à haut risque d'ostéoporose.

TRAITEMENT III

A partir de quand traiter ?

- ♥ Ménopause confirmée ou périménopause (symptômes climatériques)

TRAITEMENT IV

POURQUOI TRAITER ? AVANTAGES :

- Amélioration du bien-être et de la qualité de vie de la ♀ ménopausée symptomatique
- ↓ le risque de morbidité CV de 50 % (donc ↓ mortalité par maladies CV de la ♀ qui est la 1^{ère} cause de décès de la ♀ Canadienne de > 50 ans)
- ↓ de la fréquence de survenue des fractures pathologiques chez la femme âgée ménopausée (E2 : frein à la résorption osseuse)
- Effet vasodilatateur sur la cellule endothéliale

TRAITEMENT V

Risques du THS

- 1- TVP (9,6 pour 10000)
- 2- Cancer du sein (8 pour 10000)
- 3- Cancer de l'endomètre

TRAITEMENT VI

Protocoles thérapeutiques :

- Rechercher la dose minimale efficace.
- Plus la ménopause est récente, moins doit être cette dose.
- Association : Estrogènes et progestatifs pour contrebalancer l'effet des E2 seuls sur les organes comme le sein et l'endomètre. Protection optimale: le progestatif \geq 10-14 jours par cycle.

TRAITEMENT VII

- *La voie et le schéma d'administration* dépendent des préférences de la patiente (désir éventuel de conserver les menstrues) et de ses ATCD (Hystérectomie ou non)
- Schéma continu (E2+P4 en continu): *sans règles*
- Schéma séquentiel (P4 pendant 10-14jrs/cycles): *avec règles*
- E2 seul si ♀ hystérectomisée

TRAITEMENT VIII

Quelques exemples de médicaments utilisés:

- Estrogènes :
 - Per os : Prémarin*, progynova* ...
 - Gel dermiques : Estreva*, oestrogel*,
 - Patch cutanés : Estraderm*
- Progestatifs : Per os : Surgestone*, Lutényl*, Duphaston*, Utrogestan*, ...

TRAITEMENT IX

TRAITEMENT NON HORMONAL

- Quand les hormones ne sont pas indiquées ou pas souhaitées pour les bouffées de chaleur, options thérapeutiques sont à envisager
- ◆ Les isoflavones (Phytosoya* Inoclim*):
→ extraits de soja
- ◆ Neuroleptiques → Véralipride(Agréal*):
Déconseillé désormais
- ◆ Phénobarbital à faibles doses
- ◆ Les biphosphonates (↓ activité ostéoclastique)

TRAITEMENT X

- ◆ β bloquants (Indéral*).
- ◆ Tibolone (C19, dérivée de la Noréthistérone analogue synthétique de stéroïdes capable d'interagir avec les récepteurs estrogéniques, progestatifs et androgéniques)
- ◆ Raloxifene : Modulateur sélectif des récepteurs aux estrogènes (SERM en anglais «selective estrogen receptor modulator »)

CONCLUSION

♥ Pour le médecin, le défi est donc de conseiller chaque femme et d'envisager avec elle les différentes options thérapeutiques disponibles ou au contraire, l'abstinence ou les traitements symptomatiques.

♥ Ainsi, le médecin guidera les femmes vers un choix individuel à même de satisfaire au mieux leur besoins particuliers.

Dr TSINGAING KAMGAING

♥ Je vous remercie
d'avoir eu
l'obligeance de
m'écouter.

