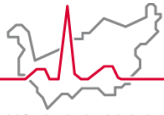


Hôpital du Valais
Spital Wallis

La ménopause

31 janvier 2025

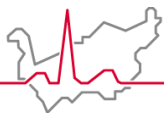
Dr Pauline Bodenmann Gobin
Médecin adjoint Gynécologie
Centre Hospitalier du Valais Romand
pauline.bodenmanngobin@hopitalvs.ch



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Introduction

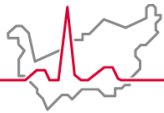
- **Diagnostic, physiologie des ovaires**
- **Conséquences de la carence en oestroègnes**
- **Traitements des symptômes principaux**
- **Conclusion**



Pourquoi?

- **Espérance de vie en 2023 en CH 85 ans** pour les femmes: environ **1/3 de la vie en ménopause**
- Impact important sur la qualité de vie
- Aspect culturel: influence le vécu
- Sujet peu abordé, beaucoup d'idées reçues





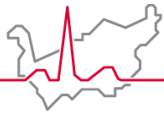
Cas clinique 1

Patiente de 45 ans venue pour un examen préventif, elle est sous minipilule (progestative):

«Docteur, j'ai plein de questions sur la ménopause. Parfois je dors mal, j'ai un peu chaud, mes règles sont moins fortes et j'ai moins de libido. Est-ce que c'est la ménopause?».

Que faites-vous (plusieurs réponses possibles):

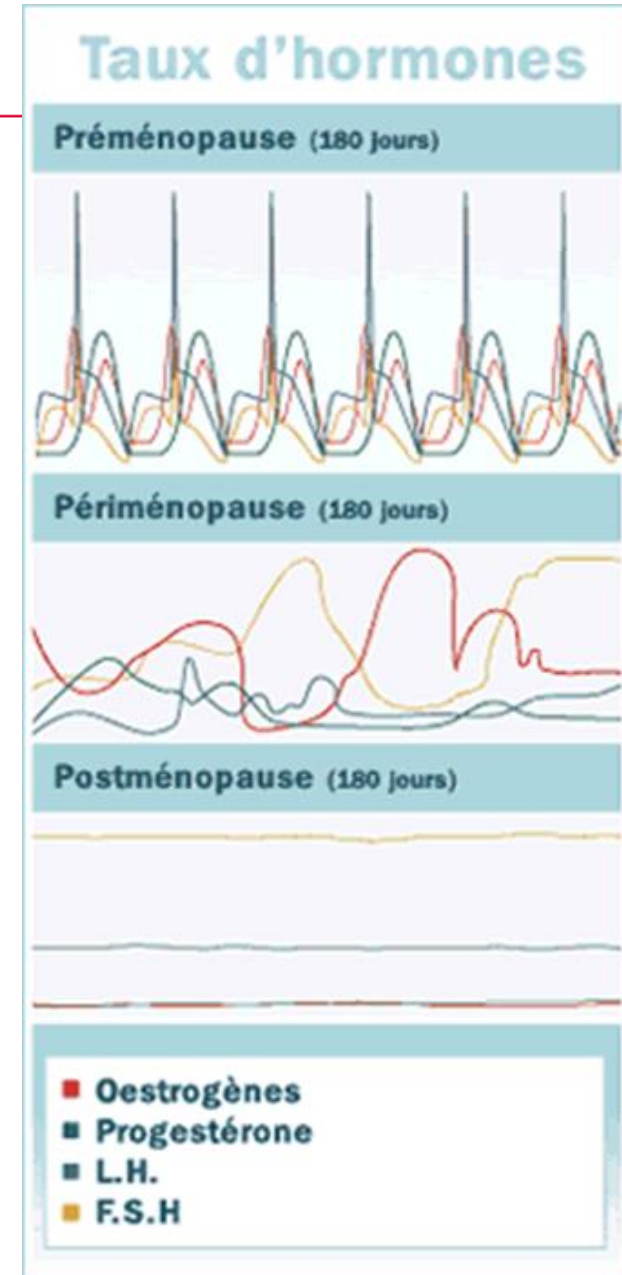
- A. Une échographie pour évaluer la réserve folliculaire
- B. Un bilan hormonal pour diagnostiquer la ménopause
- C. Une anamnèse extensive de ses symptômes
- D. Vous arrêtez la contraception orale
- E. Vous lui donnez des conseils sur son mode de vie

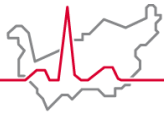


Définitions

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- **Ménopause:** arrêt définitif des règles, déterminé à posteriori après **12 mois d'aménorrhée**
- **Péri-ménopause (transition ménopausique):** période d'irrégularité du cycle menstruel avant l'arrêt définitif des règles
- **Insuffisance ovarienne prématurée:** avant 40 ans
- **Quelques chiffres:**
 - Age moyen péri-ménopause: 47 ans
 - **Age moyen ménopause: 51 ans**
 - **Durée moyenne périménopause: 4 ans**
 - 10% des patientes ont un arrêt brusque des menstruations
 - **Tardive (5%) > 55 ans / Précoc (5%) < 45 ans / Insuffisance ovarienne prématurée (1%) < 40 ans**





Physiologie

- Vieillesse naturelle des ovaires avec disparition des follicules
- Début de la péri-ménopause quand un nombre critique de follicules fonctionnels est atteint
- Diminution du taux de l'inhibine B avec élévation de la FSH
- Cycles plus courts (2-7 jours), Puis cycles anovulatoires

The Stages of Reproductive Aging Workshop +10 staging system for reproductive aging in females

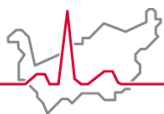
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION			POSTMENOPAUSE		
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early		Late	
Duration	Variable				Variable	1-3 years	2 years (1+1)		3-6 years	Remaining lifespan
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in flow/strength	Variable length: Persistent 27-day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 international units/L ↓	↑ Variable Low Low	Stabilizes Very low Very low		
Antral follicle count			Low	Low	Low	Low	Very low	Very low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms likely	Vasomotor symptoms most likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy

FMP: final menstrual period; FSH: follicle-stimulating hormone; AMH: anti-müllerian hormone; Arrow: elevated.

* Blood draw on cycle days 2 to 5.

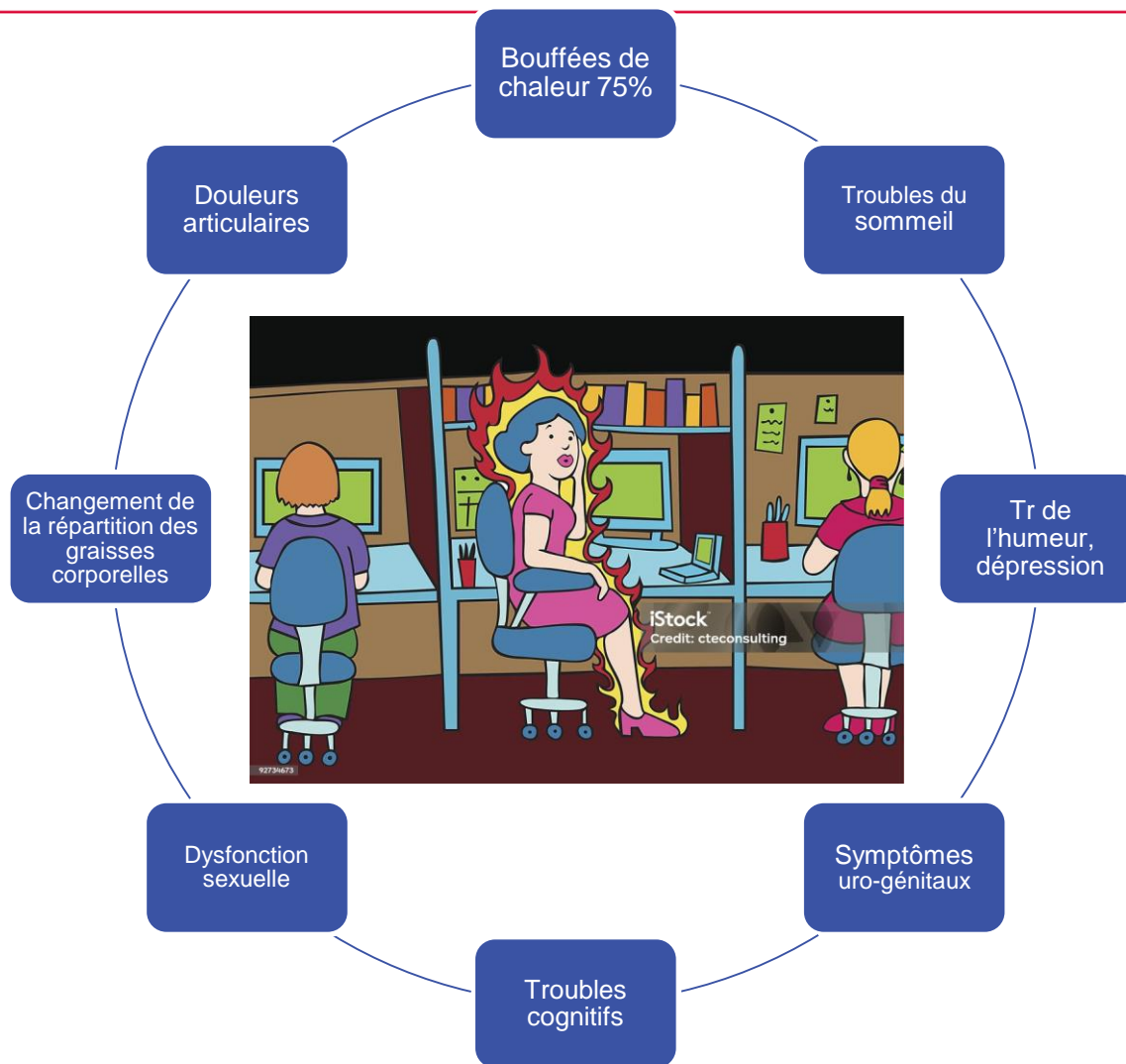
¶ Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard.

Reproduced with permission from: Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *J Clin Endocrinol Metab* 2012. Copyright © 2012 The Endocrine Society.

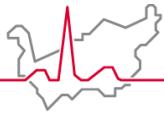


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Symptômes



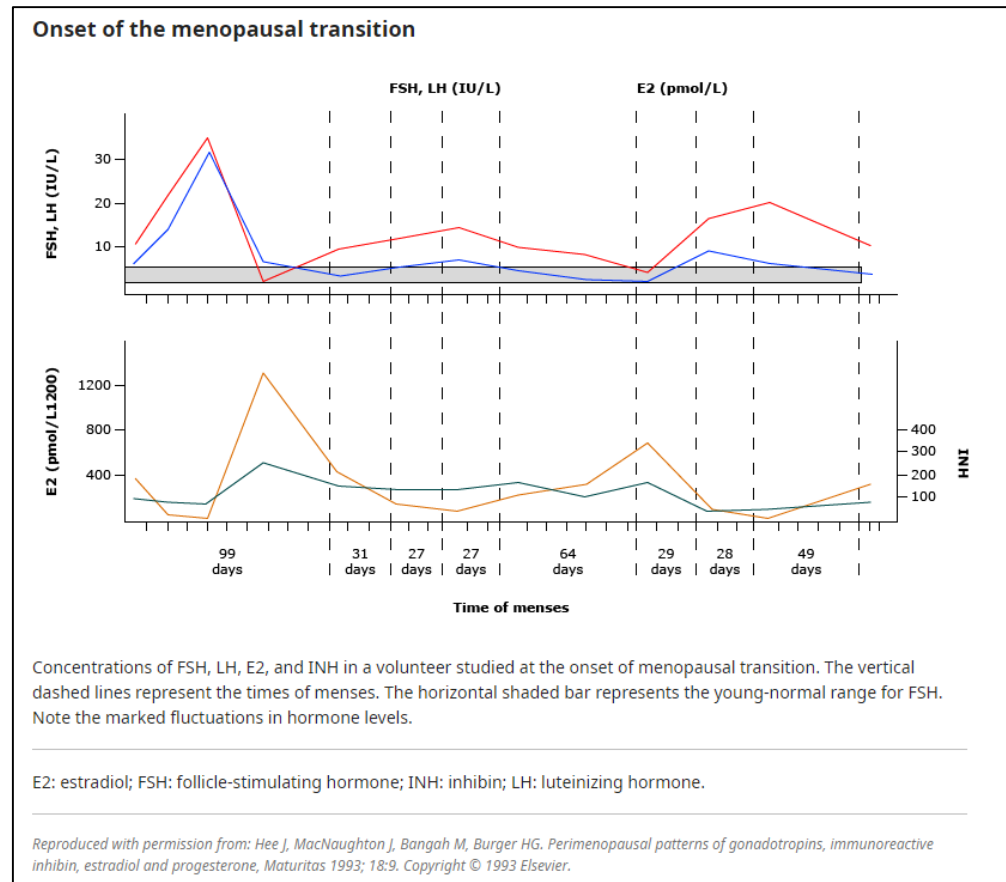
Ils sont causés par le manque d'oestrogènes!

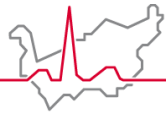


Diagnostic

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Clinique!!!
- A postériori, après un an d'arrêt des règles
- Pas d'indication à un bilan hormonal d'emblée car grandes variations hormonales au cours du temps (après 45 ans).
- Diagnostic différentiel de l'aménorrhée, des bouffées de chaleur, etc.





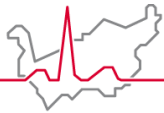
Bilan hormonal

Pas indiqué d'emblée,

seulement si doute diagnostic ou impact dans la prise en charge

Biologique

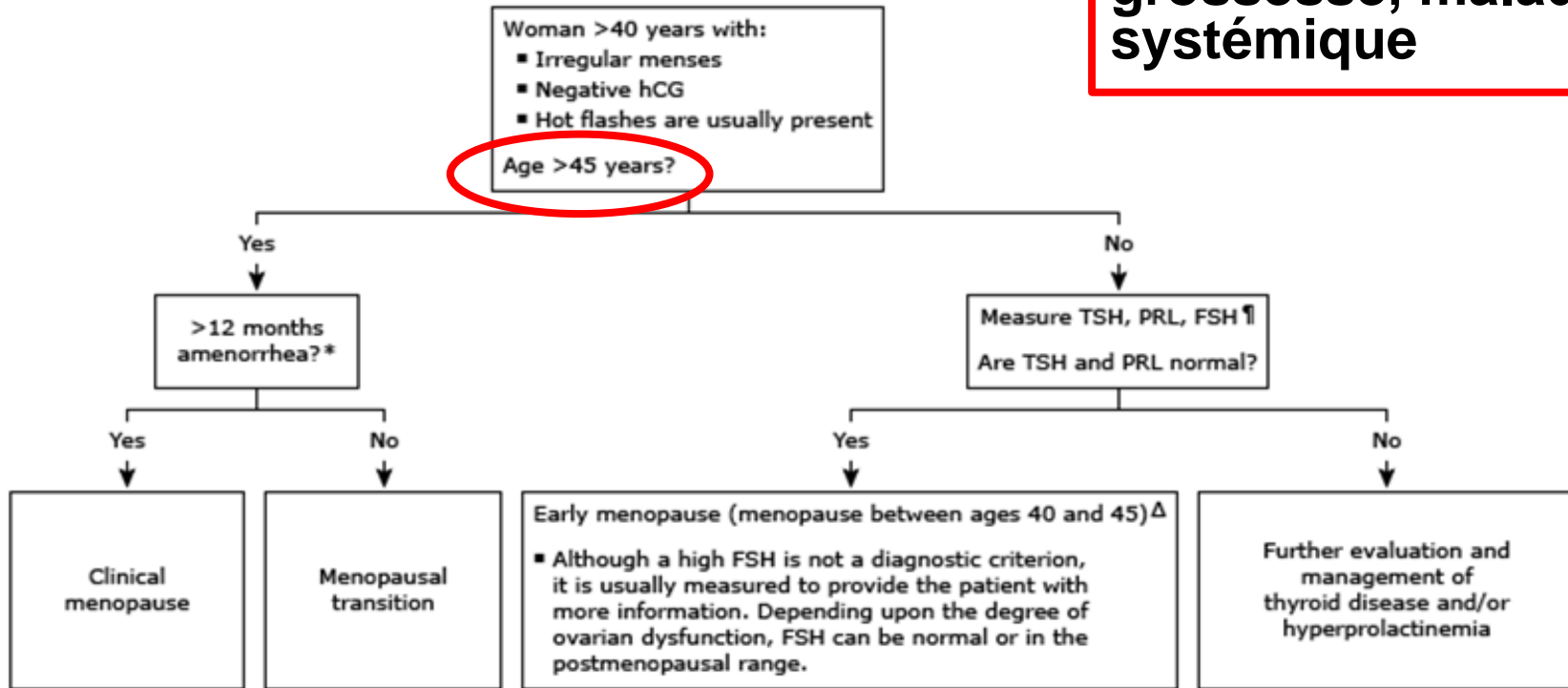
- Symptômes < 45 ans
 - **FSH > 25 U/L + E2 < 75 pmol/L** (7^{ème} jour du cycle si contraception hormonale)
 - TSH et PRL
- Aménorrhée < 40 ans
 - **FSH > 40 U/L 2x à 6 semaines d'intervalle : diagnostic d'insuffisance ovarienne prématurée**

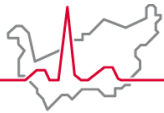


A quelle patiente faut-il faire un bilan sanguin?

Cave autre pathologie endocrinienne (hypo/hyperthyroïde, hyperprolactinémie, grossesse, maladie systémique)

Evaluation of suspected menopause in women >40 years





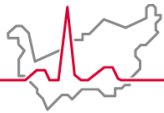
Cas clinique 1

Patiente de 45 ans venue pour un examen préventif, elle est sous minipilule (progestative):

«Docteur, j'ai plein de questions sur la ménopause. Parfois je dors mal, j'ai un peu chaud, mes règles sont moins fortes et j'ai moins de libido. Est-ce que c'est la ménopause?».

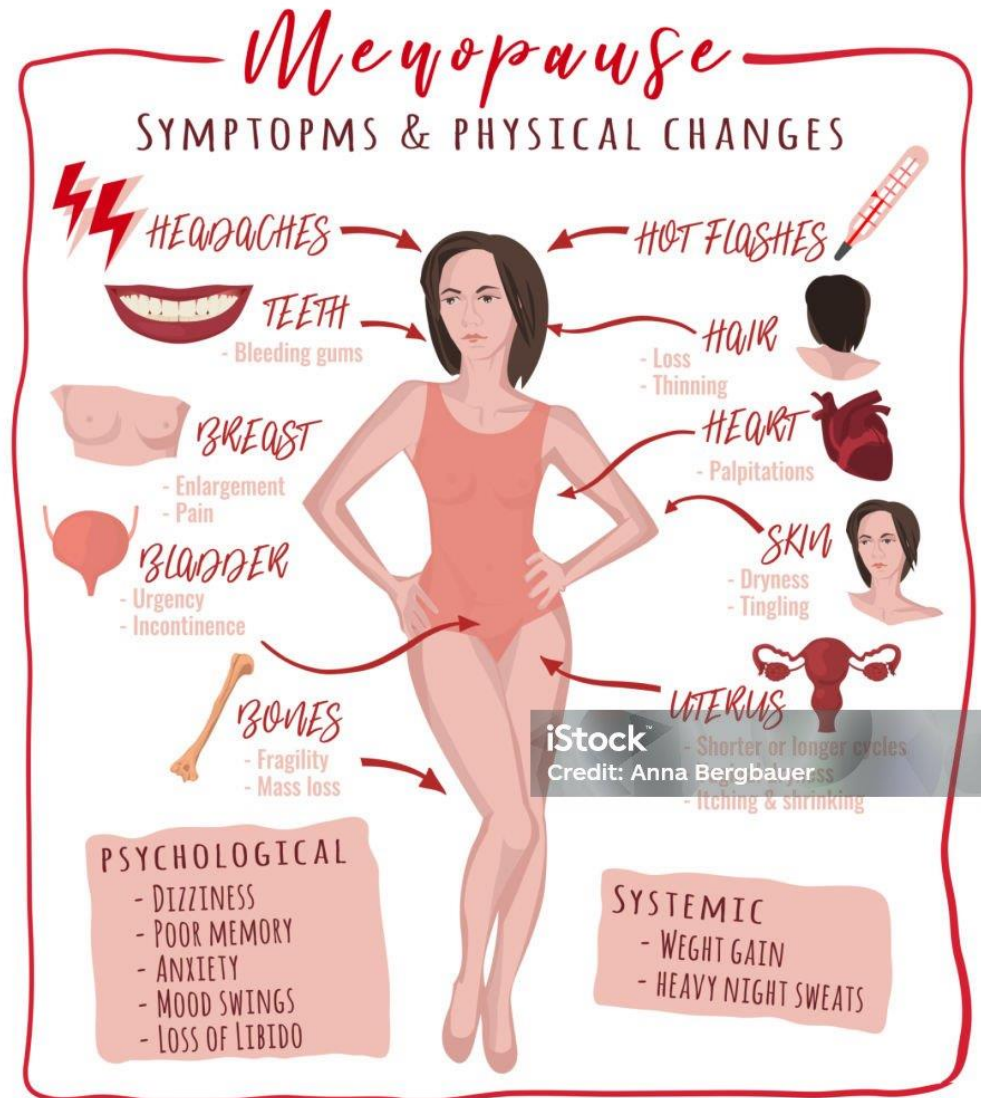
Que faites-vous (plusieurs réponses possibles):

- A. Une échographie pour évaluer la réserve folliculaire
- B. Un bilan hormonal pour diagnostiquer la ménopause
- C. Une anamnèse extensive de ses symptômes
- D. Vous arrêtez la contraception orale
- E. Vous lui donnez des conseils sur son mode de vie

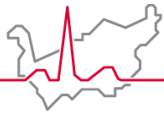


Conséquences du manque d'oestrogènes

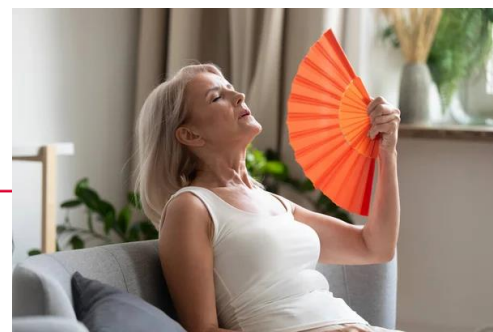
- Ostéoporose
- Risque cardio-vasculaire
- Atrophie vulvo vaginale
- Composition corporelle
- Troubles cognitifs et de l'humeur



981249984

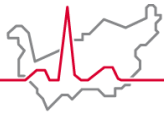


Symptômes vasomoteurs



- **Bouffées de chaleur (BC):** vasodilatation cutanée du tronc – cou – visage soudaine → sudations profuses → palpitations et anxiété
 - 75% femmes
 - 1/3 des cas jugées **invalidantes**
 - 5 – 10 ans (dès la transition ménopausique → post-ménopause) parfois plus longtemps
- **Mécanisme:** Changement des neurones thermorégulateurs niveau de l'hypothalamus suite à la chute des oestrogènes, rétrécissement de la zone thermorégulatrice: Réponse/adaptation du corps pour des petits delta de température
- BC: activation du système sympathique



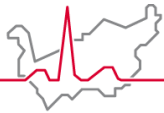


Hôpital du Valais
Spital Wallis

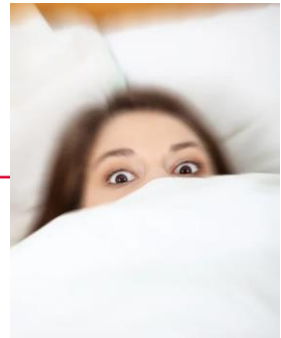
Facteurs de risques pour les bouffées de chaleur

- **Ménopause chirurgicale ou précoce**
- **Ethnies africaines ou hispaniques**
- **BMI élevé**
- **Mode de vie sédentaire**
- **Tabac**
- **Stress, anxiété**
- **Violence conjugale, antécédent d'agression sexuelle**
- **Iatrogène (traitement hormonaux du ca sein)**





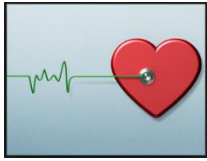
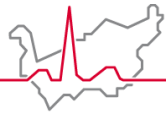
Troubles du sommeil



- 40-60 % des femmes
- Réveils nocturnes, mauvaise qualité de sommeil, apnées
- Souvent multifactoriel, liés ou non aux bouffées de chaleur

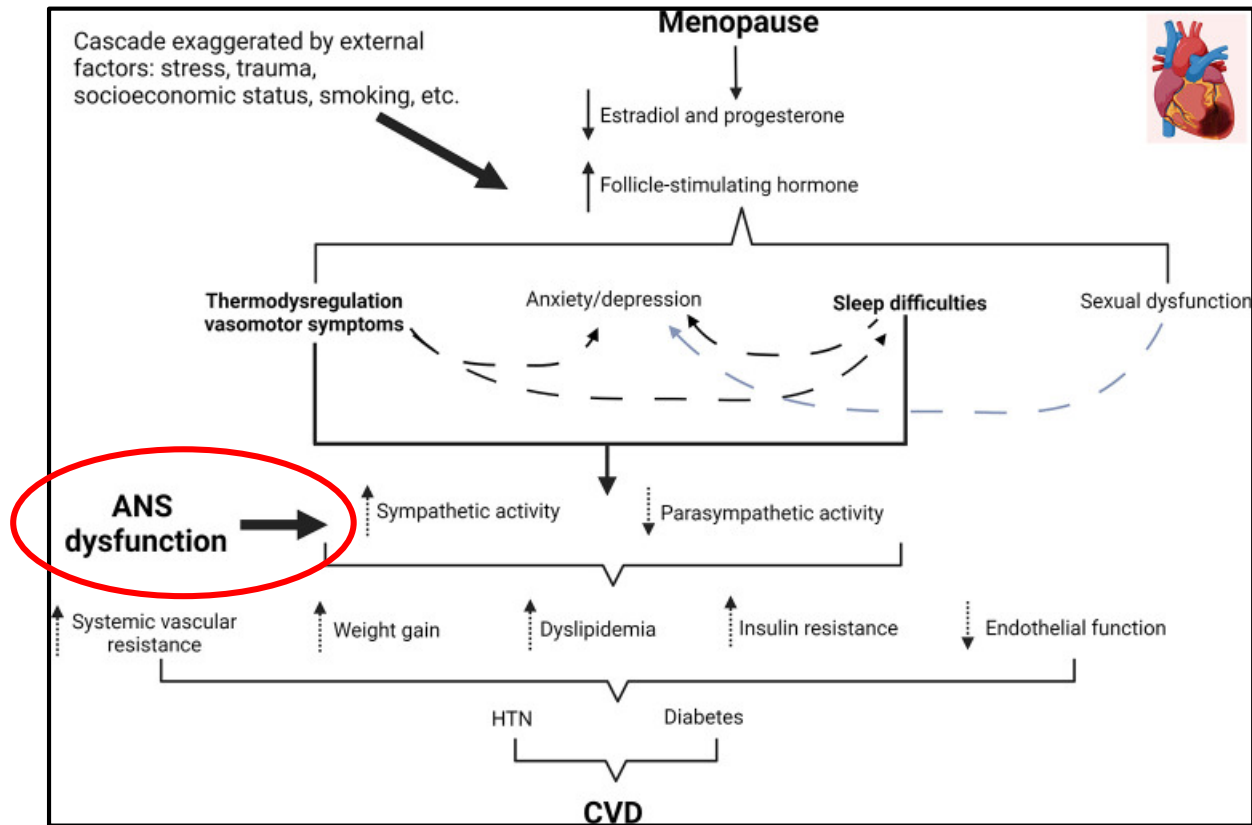
- Facteur de risque pour les troubles de l'humeur
- Facteur de risque de multiples maladies

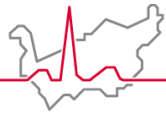
- Impact majeur sur la qualité de vie, la performance au travail



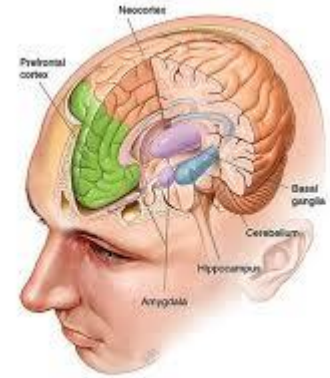
Risque cardio-vasculaire

- Augmentation du risque cardio-vasculaire après la ménopause lié à la chute d'ostrogènes
- Augmentation progressive de la TA après 50 ans

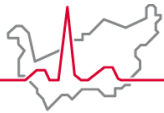




Niveau cognitif



- **Oestrogènes: récepteurs cérébraux** : zones de la mémoire et fonctions exécutives :cx frontal, hippocampe, basal forebrain
 - Rôle: **neurotrophique** et **neuroprotecteur** via croissance neuronale, protection et apoptose
 - Impact sur la **fonction mitochondriale**, effet anti-oxidant
 - **Transition mp**: tr cognitifs comme le manque du mot, oublis, pas validés dans les études
- ➔ Pas prédictif sur la fonction cognitive à long terme



Hôpital du Valais
Spital Wallis

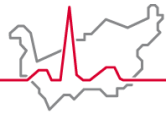
Symptômes urogénitaux



- Aussi appelé Syndrome génito-urinaire de la ménopause SGUM
- Prévalence de 10-70 %!!!
- Ensemble des symptômes liés à une **carence en oestrogènes**, modification de la vulve du vagin et de la vessie
- Atrophie vaginale : brûlures, inconfort
- Vessie: vessie hyperactive, incontinence urinaire, infections
- Dyspareunie



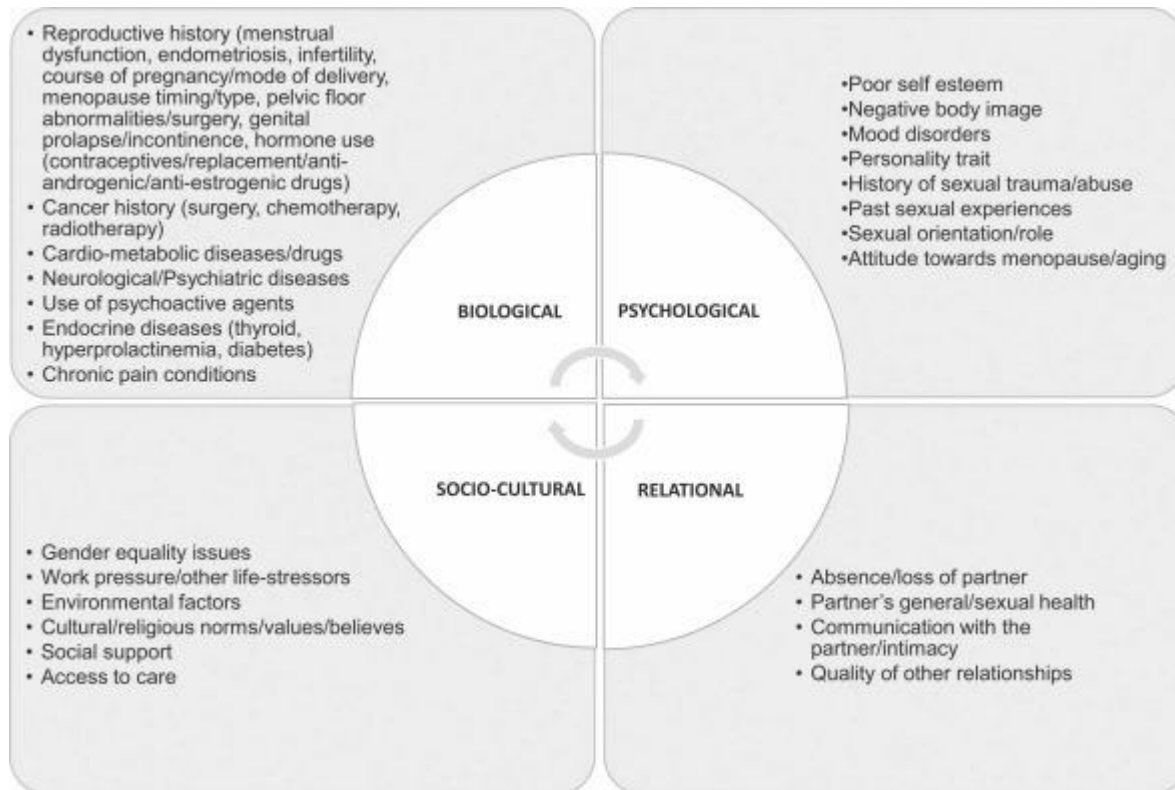
diminution de la qualité de vie

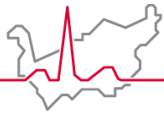


Fonction sexuelle



- Baisse de la **libido**, baisse de l'excitation de la lubrification et de la **réponse sexuelle, dyspareunie**
- Impact sur la **qualité de vie**
- Origines multiples

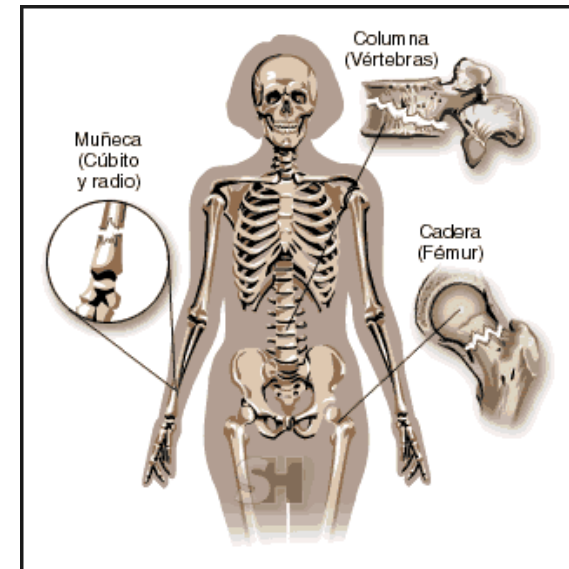
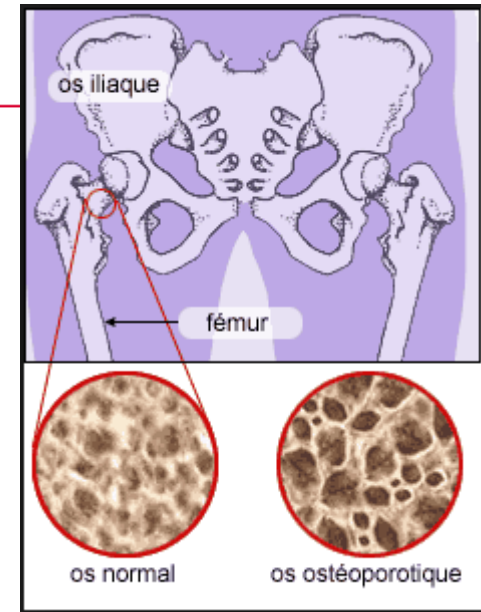


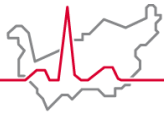


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Ostéoporose

- Perte de la densité osseuse et détérioration de la microarchitecture osseuse
- **30 % des femmes MP** (santé publique!)
- Zones à risque: colonne vertébrale, col du fémur, poignet
- Patientes à risque: tabac, OH, petit poids, malabsorption, maladies chroniques (cortisone, anticoagulants), troubles hormonaux, anamnèse familiale



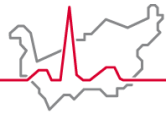


Autres modifications

- **Arthralgies, myalgies**
- **Prise pondérale et répartition des graisses de type androïde (épaississement de la taille). Lipogenèse au niveau des cuisses.**

La prise de poids est indépendante de la prise d'un THS.

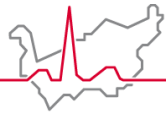




Cas clinique 2

Patiente de 50 ans, ne dort plus la nuit, est épuisée, déprimée, et a mal partout. Elle est tabagique (5 cigarettes/j) et connue pour une anamnèse de cancer du sein chez sa mère. Que proposez-vous?

- A. Un bilan hormonal pour poser le diagnostic de ménopause
- B. Un contrôle chez le cardiologue avant d'initier un ttt hormonal
- C. Vous lui dites que les hormones sont contre-indiquées vu l'histoire familiale
- D. Vous proposez un traitement hormonal sous forme d'oestrogènes transdermiques et progestérone
- E. Vous prescrivez une mammographie



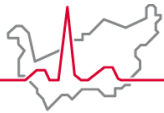
Prise en charge

- **Ciblée sur la symptomatologie**
 - ➡ Mesurer l'impact des symptômes sur la qualité de vie
- **Ciblée sur les souhaits de la patiente**
- **ATCD personnels** : CV – oncologiques – osseux – gynécologiques
- **ATCD familiaux** : CV – oncologiques – osseux
- **Hygiène de vie & habitudes**
 - opportunité de sensibiliser les patientes aux risques CV
 - supplémentation en vitamine D et Ca++
 - Opportunité pour la prévention du surpoids et de l'obésité
 - Conseils alimentaires ou prescription diététique
 - Activité physique, sport
 - Adresser les patientes obèses au spécialiste pour ttt adapté

Traitement des bouffées de chaleur

- Hormonal vs non hormonal: choix de la patiente et facteur de risques
- **Le traitement hormonal:**
 - Avant 60 ans ou <10 ans de ménopause
 - En l'absence de contre-indication
 - Préférer la voie transdermique
 - Recommandé si ménopause précoce jusqu'à âge moyen de la ménopause
- **Le traitement non hormonal (validé):**
 - SSRI, S-NARI, gabapentine, hypnose, perte de poids
- Nouveau **Fezolinetant** : antagoniste des récepteurs de la NK3

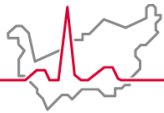




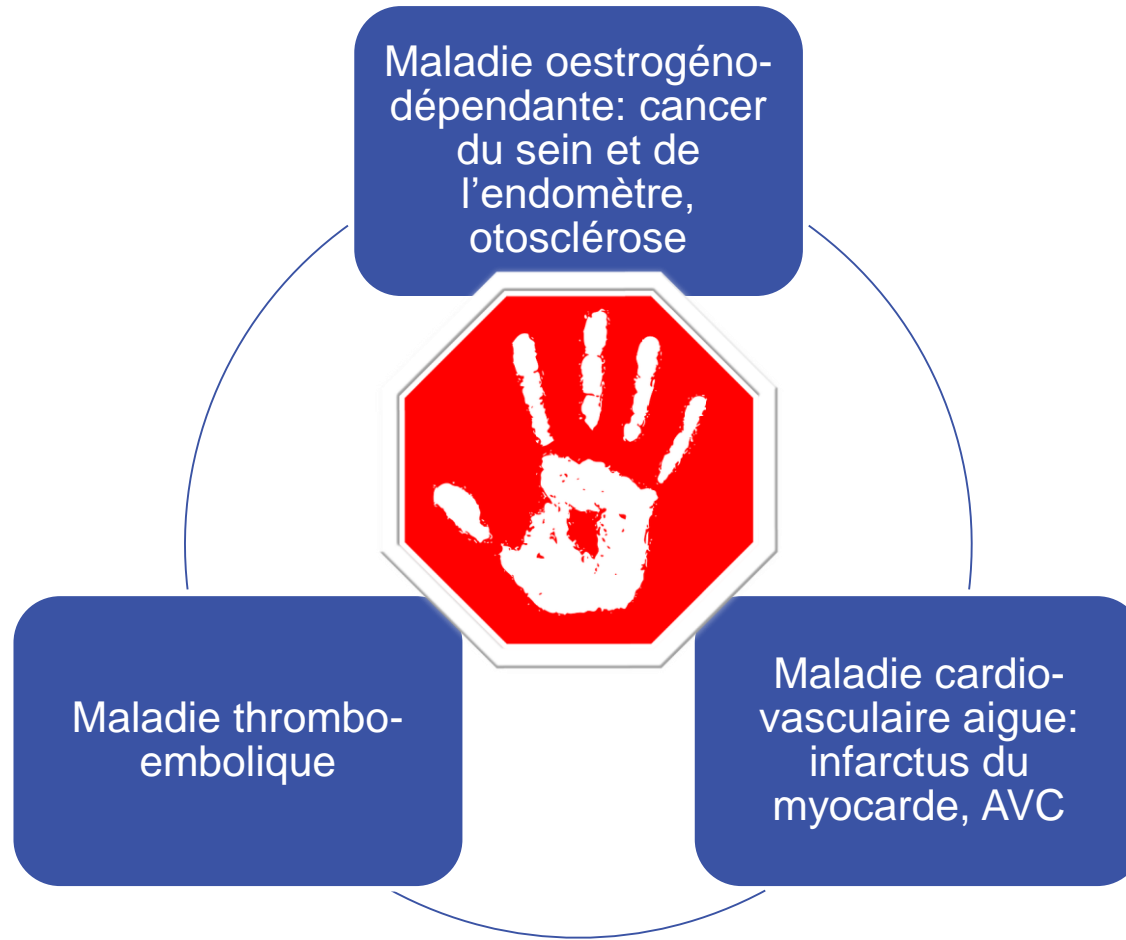
Traitement hormonal-petit rappel

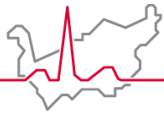
- Sous forme combinée d'**oestrogènes et progestérone** (œstradiol et prog micronisée= traitement de choix)
- En cas d'antécédent d'hystérectomie: oestrogènes seuls
- Préférer la voie transdermique pour les oestrogènes: moins de risque de thrombose et d'AVC
- Durée du traitement hormonal: à reconsidérer selon les risques bénéfices





Contre-indication au THM





THM et cancer du sein

Théorie actuelle: THM va faire croître des cellules cancéreuses qui ne sont pas encore détectées mais pas causer le cancer du sein

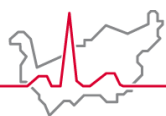
Risque relatif de cancer du sein

- THM: <2 x
- Alcool ex 2vvin/j >2x
- Âge qui avance >4x
- Poids élevé et grande taille
- Durée de la période reproductrice

Risque de cancer du sein pas intégré dans les critères pour la prescription de THM

Surveillance recommandée

Pas de risque avec les oestrogènes vaginaux



Risque de cancer du sein

Le risque de développer un cancer du sein sous THM est faible.

Les facteurs ci-dessous sont associés aux nombres de cas supplémentaires* suivants de cancer du sein sur 1000 femmes:

Grand excès de poids



Alcool (deux boissons ou plus par jour)



Manque d'exercice (moins de 4 h par semaine)



Tabagisme



Traitement hormonal de la ménopause

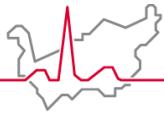


Par contre, des facteurs tels qu'une obésité, une consommation d'alcool dépassant 2 verres par jour, moins de 4 h de sport par semaine ou l'habitude de fumer peuvent considérablement accroître le risque (voir l'illustration).

* En plus des cas dus aux facteurs de risque non influençables p.ex. âge, prédisposition génétique; adapté d'après Stampfer M., Peto J. – *Les maladies chroniques*, 2008, Flammarion, 49 (2), 104

- **Hypnose:** diminution des BC de 50-75 %, amélioration du sommeil et fonction sexuelle
 - est recommandée par la société nord américaine de la ménopause (validé par 2 études cliniques randomisées)
- Cimicifuga racemosa (cimifemine), autres phytothérapie, biofeedback, pleine conscience, yoga, aromathérapie, vitamines, acupuncture: **pas validé par de «grandes» études**. Peuvent néanmoins apporter du soutien aux patientes (**cave risques!**)

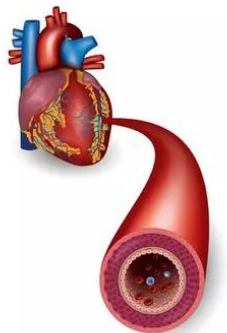




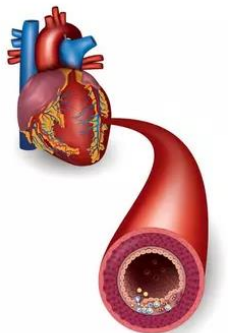
THM et cardio-vasculaire

Hôpital du Valais
Spital Wallis

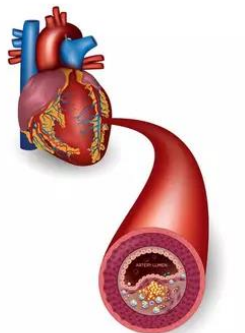
- **2002 Etude WHI:** arrêt prématuré pour cause d'augmentation du risque cardio-vasculaire (infarctus et avc) et risque de cancer du sein
- Analyse post hoc: risque si ttt débuté après 60 ans, pas de risque si ttt débuté avant 60 ans ou dans les 10 ans de la ménopause
- **Fenêtre d'opportunité**



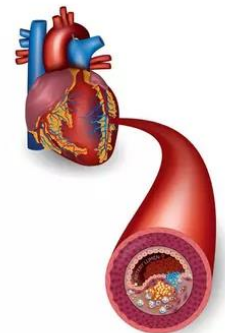
Artère normale non encrassée



Dépôts de lipides

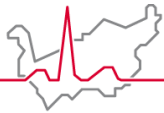


Formation de plaques d'athérome



Plaque d'athérome instable pouvant conduire à la formation d'un caillot



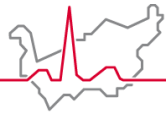


THM et cognition

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Etude WHI: péjoration des tr cognitifs sous ttt hormonal
- **Fenêtre d'opportunité**
- Pour l'instant: **pas de risque si on souhaite prendre un THM au début de la ménopause**
- Pas assez de recul pour le recommander en prévention de la démence

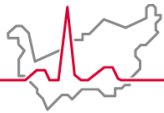




Cas clinique 2 discussion

Patiente de 50 ans, ne dort plus la nuit, est épuisée, déprimée, et a mal partout. Elle est tabagique (5 cigarettes/j) et connue pour une anamnèse de cancer du sein chez sa mère. Que proposez-vous?

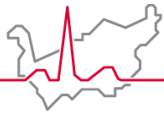
- A. Un bilan hormonal pour poser le diagnostic de ménopause**
- B. Un contrôle chez le cardiologue avant d'initier un ttt hormonal**
- C. Vous lui dites que les hormones sont contre-indiquées vu l'histoire familiale**
- D. Vous proposez un traitement hormonal sous forme d'oestrogènes transdermiques et progestérone**
- E. Vous prescrivez une mammographie**



Cas clinique 2 (discussion)

Patiente de 50 ans, ne dort plus la nuit, est épuisée, déprimée, et a mal partout. Elle est tabagique (5 cigarettes/j) et connue pour une anamnèse de cancer du sein chez sa mère. Que proposez-vous?

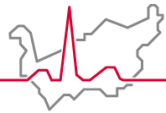
- A. Un bilan hormonal pour poser le diagnostic de ménopause
- B. Un contrôle chez le cardiologue avant d'initier un ttt hormonal
- C. Vous lui dites que les hormones sont contre-indiquées vu l'histoire familiale
- D. Vous proposez un traitement hormonal sous forme d'oestrogènes transdermiques et progestérone
- E. Vous prescrivez une mammographie



Cas clinique 3

Patiente de 52 ans en ménopause, souffre de douleurs pendant les RS avec à l'examen clinique une atrophie importante. Que proposez-vous?
Plusieurs réponses possibles

- A. Des hormones vaginales**
- B. L'utilisation de lubrifiant**
- C. Une consultation chez le sexologue**
- D. Une prise en charge en physiothérapie**
- E. De l'hypnose**



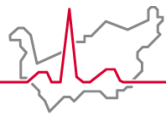
Hôpital du Valais
Spital Wallis

Syndrome génito-urinaire et dysfonction sexuelle

- **Prendre le temps de parler de sexualité**
- **Utilisation de lubrifiants**
- **Acide hyaluronique vaginal**
- **Traitement oestrogénique topique ou systémique,**
- **Thérapie manuelle (physiothérapie)**
- **Consultation sexologie**

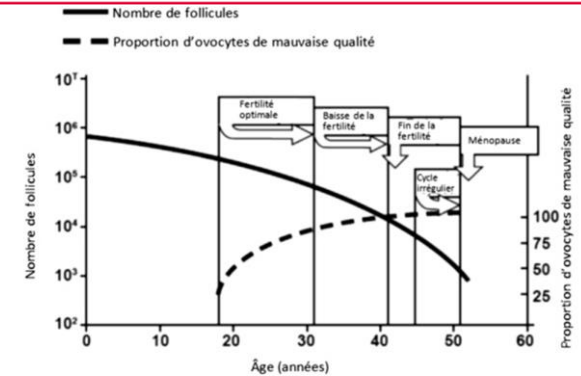
- **Controversé:**
 - Laser: besoin d'études complémentaires
 - DHEA vaginal ou oral
 - Testostérone pour les tr de la libido





Contraception dans la péri-ménopause

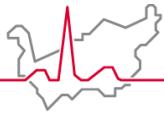
- **Diminution de la fertilité**
- **Risque annuel de grossesse:**
 - 40-44 ans: 10 %
 - 45-49 ans: 2-3 %
- **Nombre élevé de fausses couches et d'IVG**
- **Complications obstétricales +++**
- **Pas de contre-indication à poursuivre un contraceptif (cave pilule oestro-progestative)!**
- **[Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. \(cdc.gov\)](#)**
- **Timing de l'arrêt de la contraception!**



Sources : Hansen et coll.; de Bruin et coll.

Broekmans, F. J., M. R. Soules et B. C. Fauser. « Ovarian Aging: Mechanisms and Clinical Consequences », *Endocrine Reviews*, vol. 30, n° 5, 2009, p. 465-493. Droits d'auteur 2009 The Endocrine Society. Reproduit avec autorisation.

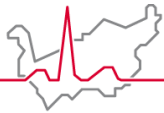




Cas clinique 3 discussion

Patiente de 52 ans en ménopause, souffre de douleurs pendant les RS avec à l'examen clinique une atrophie importante. Que proposez-vous?
Plusieurs réponses possibles

- A. Des hormones vaginales**
- B. L'utilisation de lubrifiant**
- C. Une consultation chez le sexologue**
- D. Une prise en charge en physiothérapie**
- E. De l'hypnose**

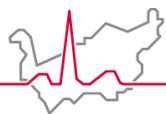


Conclusion

Prendre le temps de parler avec les patientes

- Expliquer les mécanismes physiologiques
- Faire une revue des symptômes et des options de traitement
- Moment clé pour modifications du mode de vie





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Conclusion



Juliane Monnin

06 oct. 2021



Podcast E63 Femina Dr Anna Surbone



«La ménopause est un moment magique de la vie: nous avons atteint la pleine maturité, les années bouleversantes de la vie, liées à la construction d'une carrière et d'une vie familiale, sont derrière nous... C'est le moment où l'on peut prendre le temps de ralentir un peu, pour faire connaissance avec notre corps et ses nouvelles exigences. Il ne faut pas voir cette phase comme un déclin, mais juste comme un changement.» - Dre Anna Surbone © Maria Lupan / Unsplash