


Prise en charge de la ménopause

Z. SADI

Maternité CHU Mustapha Alger

**5ème FORUM Est de l'Omnipraticien
Oum El Bouaghi, le 4 Novembre 2010**

- **La ménopause signifie littéralement arrêt des règles. En fait, il s'agit de l'arrêt presque total du fonctionnement ovarien. Le déficit en hormones ovariennes aura des conséquences à court terme : aménorrhée, bouffées de chaleur, mal-être. Plus tard apparaîtra une augmentation du risque d'ostéoporose et de maladies cardio-vasculaires.**

- 
- **L'espérance de vie ayant augmenté, la durée de vie après la ménopause s'est allongée. Les conséquences de la défaillance ovarienne deviennent un vrai problème de santé publique.**

Le diagnostic de ménopause

- **La ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne (définition OMS 1996). Cette définition est rétrospective puisqu'elle est basée sur une période d'aménorrhée de 12 mois sans cause physiologique ou pathologique évidente.**

- **Le diagnostic positif de ménopause est donc avant tout clinique : il repose sur l'association d'une aménorrhée de 12 mois ou plus autour de l'âge de 50 ans à des symptômes climatériques (bouffées de chaleur, nervosité...). Dans ces cas typiques, la confirmation biologique est absolument inutile.**



Traitements de la ménopause

Il est actuellement bien reconnu que les conséquences de la ménopause ont un impact sur la santé.

Il paraît évident de proposer une prise en charge rationnelle de ces problèmes de santé publique qui touchent une bonne partie de la population.

Problèmes de santé posés par la ménopause

- **A court terme**: le « syndrome climatérique » ou « altération de la qualité de vie »
- **conséquences à long terme de la ménopause**
 - Actuellement, une des raisons principales de la prise en charge de la ménopause est la prévention de l'ostéoporose.
 - Il y a augmentation de l'incidence des maladies cardio-vasculaires à la ménopause.
 - Les relations entre ménopause et maladie d'Alzheimer restent très discutées.

Les traitements de la ménopause

Toutes les femmes n'ont pas des conséquences de la ménopause néfastes pour leur santé. Il apparaît alors nécessaire d'établir un bilan chez une femme ménopausée pour la conduite à tenir. Le bilan doit essentiellement rechercher les risques d'ostéoporose et cardiovasculaire. Il sera l'occasion pour le dépistage des cancers gynécologiques les plus fréquents : sein et col utérin.

- **Actuellement, on peut évaluer le risque de fracture à la ménopause** par les moyens suivants :

- **-les facteurs de risque cliniques.**

- **-la mesure de densité minérale osseuse (DMO)**

En pratique, les facteurs les plus utiles à retenir pour le clinicien sont les suivants

- . l'âge**

- .antécédents personnels ou familiaux (1er degré) de fracture après traumatisme minime.**

- . Pathologies ou traitements potentiellement inducteurs d'ostéoporose : hyperthyroïdie évolutive non traitée, hyperparathyroïdie , hypercorticisme, corticothérapie prolongée par voie générale (corticoïdes au moins 3 mois à une dose \geq à 7,5 mg d'équivalent de prednisone.**

- .période d'hypogonadisme prolongée incluant les traitements antigonadotropes.**

- .ménopause précoce (avant 40 ans)**

- .indice de masse corporel $< 19\text{kg}/\text{m}^2$ (ou un poids $< 55\text{kg}$)**

- .tabagisme**

- .trouble de l'acuité visuelle**

- .troubles musculaires ou orthopédiques**

Le traitement hormonal de la ménopause (THM)

- **Le traitement hormonal classique fait appel aux estrogènes administrés seuls chez les femmes ayant subi une hystérectomie, ou associés aux progestatifs chez les femmes ayant conservé leur utérus.**
- **Si on reconnaît des bénéfices certains au THM, des études devenues classiques ont constaté ses inconvénients et ses risques.**



Bénéfices, inconvénients et risques du THM

THS et cancers

Quatre risques de cancers ont été évalués chez les femmes sous traitement hormonal substitutif de la ménopause : le cancer du sein, de l'endomètre, de l'ovaire et les cancers colo-rectaux.

- **Les différentes études (méta-analyse d'Oxford, études HERS publiée en 1998, la WHI, la « Million Women Study ») ont montré que les estro-progestatifs du THM augmentent le risque relatif de cancer du sein de 1,3 à 2 pour des durées d'utilisation supérieure à 5 ans.**
- **Mais récemment (2005) l'étude E3N a conclu à l'absence d'augmentation du risque de cancer du sein (RR=1) pour l'association progestérone micronisée et estrogènes.**



Cancer de l'endomètre

Le risque de cancer de l'endomètre n'est augmenté que lorsque le THS utilise les œstrogènes seuls. L'association d'un progestatif à l'estrogène diminue le sur-risque en cas d'administration séquentielle, et l'annule en cas de traitement continu.



Cancer des ovaires

Les études actuelles ne permettent pas de conclure à une augmentation du risque de cancer de l'ovaire lié au THS.



Cancers colorectaux

Le THS œstro-progestatif a un rôle protecteur vis-à-vis du cancer colorectal.

THM et risque cardio-vasculaire

Les études sus-citées avaient montré que sous THM, il existait une augmentation du risque cardio-vasculaire.

Cependant, de nouvelles données et une réanalyse de l'étude WHI (études par tranches d'âge) ont suggéré que le THM, lorsqu'il était prescrit dans les toutes premières années de la ménopause, était susceptible de réduire la progression de l'athérome, la fréquence des maladies coronariennes et la mortalité globale. Des données scientifiques récentes montrent que les estrogènes pourraient réduire l'athérome à son stade de début, mais pourraient aggraver les lésions à un stade plus évolué.

THM, déclin cognitif et démence

En ce qui concerne la neuroprotection, la prévention du vieillissement et des démences, le THS doit être pris précocement dans les premières années après le début de la ménopause. Donné plus tard, ce traitement est sans effet et peut même être délétère.

le concept de *fenêtre d'intervention du THM*

c'est-à-dire la période la plus propice pour le THM, à savoir les premières années suivant l'installation de la ménopause est maintenant bien admis aussi bien dans le but d'une prévention du risque cardiovasculaire que dans celui des dégénérescences du système nerveux central.

Modalités de prescription du THM

- **Le traitement doit débuter les premières années suivant l'arrêt des règles. Il doit être poursuivi moins de 5 ans : il faut évaluer le rapport bénéfices-risques, en particulier sur le cancer du sein qui augmente avec le temps d'utilisation.**
- **On préférera un estrogène naturel par voie parentérale (per ou transcutanée) de préférence et en particulier chaque fois qu'il existe une situation à risque vasculaire ou métabolique.**
- **Dans le but d'éviter l'augmentation du risque de cancer de l'endomètre, on associe 12 à 14 jours par mois un progestatif, au mieux la progestérone naturelle.**

**En tenant compte du rapport
risques/bénéfices, quelles sont actuellement
les indications du THM :**

- **-le syndrome climatérique, en l'absence de contre-indications. La durée maximale recommandée pour la prise du THM est de 2 à 3 ans.**
 - **-les ménopauses précoces.**
- ➔ Il n'est plus recommandé de prescrire le THM dans le seul objectif de prévenir l'ostéoporose ou le risque fracturaire. En effet les risques cancéreux et cardiovasculaires encourus sont estimés supérieurs aux bénéfices escomptés.**

Les traitements de l'ostéoporose post-ménopausique

Selon l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), pour la décision thérapeutique de l'ostéoporose, « une stratégie de décision est proposée en fonction de l'âge, de l'existence de fractures par fragilité, des résultats de la densitométrie osseuse (DMO) et des facteurs de risque de fracture associés ». La DMO (T score) n'est pas le seul élément pour la décision thérapeutique.

Recommandations actuelles de l'Afssaps concernant la décision thérapeutique de l'ostéoporose post-ménopausique :

1/ En cas de fracture

- Si à la densitométrie le T score est inférieur à -2,5, donc en cas d'ostéoporose ou même d'ostéopénie, le traitement est biphosphonate (*Actonel®*, *Porosimax®*) ou raloxifène (*Evista®*) ou ranélate de strontium (*Protos®*).
- S'il y a au moins 2 fractures vertébrales : tériparatide (hormone parathyroïdienne) indiquée dans le traitement de l'ostéoporose sévère

Recommandations actuelles de l'Afssaps concernant la décision thérapeutique de l'ostéoporose post-ménopausique :

2/ En l'absence de fracture

- Chez les femmes de 50 à 60 ans, l'Afssaps recommande de rechercher les facteurs de risque d'ostéoporose avant de demander une ostéodensitométrie (DMO). Le traitement sera modulé en fonction de ses résultats et de l'éventualité de troubles climatiques.
- Entre 60 et 80 ans : si la DMO retrouve un T score inférieur à -3 ou inférieur à -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture :traitement par raloxifène, biphosphonates ou ranélate de strontium
- Plus de 80 ans Calcium, vitamine D, prévention des chutes, protecteurs de hanche, ranélate de strontium, ou biphosphonate (risédronate ou ralendronate)à envisager.

- **Actuellement, la durée optimale des traitements de l'ostéoporose post-ménopausique en terme d'efficacité anti-fracturaire n'est pas établie.**
- **En pratique, l'utilisation d'un traitement de l'ostéoporose est recommandée pour une durée de 5 ans. La prolongation au-delà de cette durée de traitement doit être discutée au plan individuel en fonction du risque de fracture propre à chaque femme.**
- ➔ **Ne pas oublier la supplémentation en calcium et vitamine D surtout lorsque l'apport alimentaire et l'exposition au soleil sont insuffisants.**



Conclusion

- **Le THM reste indiqué chez la femme qui présente des troubles climatiques altérant sa qualité de vie. Il doit être bien choisi et prescrit pour quelques années en période post ménopausique immédiate.**
- **Quant au traitement de l'ostéoporose, sa prescription est dépendante des facteurs de risque de fracture.**