



**La ménopause,**  
*on en parle*

# La ménopause, on en parle

La ménopause, qui marque la fin des règles, est un phénomène complexe qui peut avoir des implications physiques (bouffées de chaleur, transpiration nocturne, vertiges, troubles urinaires, ostéoporose...) et psychologiques (anxiété, humeur dépressive, troubles du sommeil ou de la concentration...), et qui peut perturber la qualité de vie d'une manière plus ou moins importante.

Auparavant, on n'accordait que peu d'importance à la ménopause, qui était considérée comme un avatar féminin du processus de vieillissement naturel.

Avec l'allongement de l'espérance de vie moyenne qui, pour la femme, a augmenté considérablement, la femme passe plus de 30 ans de sa vie en état de ménopause (l'espérance de vie était de 82 ans en 2009).



## De quoi parle-t-on lorsqu'on évoque la *ménopause* ?

La ménopause correspond à l'arrêt irréversible du fonctionnement des ovaires.

### L'ovaire a 2 fonctions

*Ovulatoire ou reproductive*, c'est-à-dire développement de follicules ovariens contenant les ovules.

*Endocrinienne*, c'est-à-dire production d'hormones sexuelles (androgènes, estrogènes et progestérone).

Cela signifie que lors de la ménopause, la réserve ovarienne est épuisée et la sécrétion de certaines hormones diminue très fortement (estrogènes) ou s'arrête (progestérone).

*Les hormones, fabriquées par les glandes endocrines, sont des substances qui assurent la transmission d'informations à longue distance et permettent à l'organisme de coordonner différentes fonctions.*

Ces phénomènes provoquent un arrêt définitif des règles. Après un arrêt des règles depuis au moins 12 mois et un bilan hormonal caractéristique, on peut établir un diagnostic de ménopause. C'est pourquoi, pour pouvoir affirmer qu'une femme est ménopausée, il faut en théorie un recul d'un an.

L'âge médian de la ménopause est d'environ 51 ans, mais il peut être variable (de 40 à 60 ans). La ménopause précoce peut être d'origine génétique, mais elle peut aussi être induite par des médicaments (certaines chimiothérapies par exemple). Le tabac aussi peut favoriser une ménopause précoce.

## Étapes de la ménopause

En pratique, la période qui précède la ménopause (de 18 à 36 mois environ) est, le plus souvent, une période d'irrégularités de cycles: les cycles s'allongent, les règles peuvent disparaître pendant 3-4 mois pour réapparaître pendant quelque temps et disparaître à nouveau. La cessation de l'activité ovarienne se fait donc progressivement, au cours d'une période qu'on appelle péri-ménopause.

Cette période est souvent accompagnée de bouffées de chaleur.

Pour les femmes qui n'ont plus d'utérus, mais qui ont conservé leurs ovaires, les dosages hormonaux contribuent au diagnostic de la ménopause.

Étymologiquement,  
le terme ménopause signifie  
" *cessation des règles* "  
La ménopause, ou climatère, n'est donc  
pas une maladie, mais un processus  
physiologique normal qui marque la fin de la  
période féconde.



## Les symptômes de la ménopause

Les symptômes présents à la ménopause, ou symptômes climatériques, sont secondaires aux modifications hormonales.

### Bouffées de chaleur et sueurs nocturnes

Il s'agit des symptômes (dits vasomoteurs) les plus typiques, qui se traduisent par des «chauds et froids» avec une rougeur du cou et du visage, et des transpirations, également nocturnes.

Les bouffées de chaleur sont parfois précédées de signes avant-coureurs comme des vertiges, des palpitations, une oppression thoracique...

Vécues par 3 femmes sur 4, ces bouffées ont habituellement tendance à diminuer avec le temps, en fréquence et en intensité.

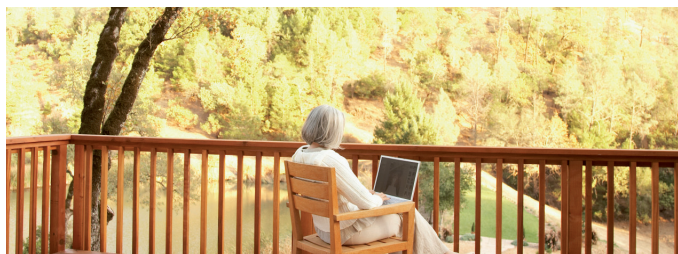
Mais certaines femmes peuvent encore en être affectées à 65 ans et plus! Par contre, d'autres femmes ne souffrent pas ou peu de symptômes de la ménopause et ne recherchent pas nécessairement d'approche médicamenteuse.

### Les symptômes d'ordre psychologique

**Des troubles du sommeil et de la fatigue** liés aux phénomènes vasomoteurs, mais aussi parfois morosité, mélancolie et perte de confiance en soi.

**Des changements d'humeur** parfois brutaux, avec parfois de l'agressivité, de l'anxiété, de l'irritabilité.

**Des difficultés de concentration** et des **troubles de la mémoire**, une **perte de libido**.



## Sécheresse vaginale

Liée aussi à la disparition des estrogènes. Ce symptôme est généralement plus tardif que les bouffées de chaleur et n'est pas non plus systématique.

Lorsqu'elle est présente, elle entraîne souvent une perte de libido, notamment du fait d'une douleur au moment des rapports sexuels. Mais d'autres facteurs peuvent intervenir dans cette perte de libido: déprime de la ménopause, insomnie, fatigue, difficultés dans le couple...

L'atrophie urogénitale, ou rétrécissement du système urologique et génital, entraîne souvent l'apparition ou l'intensification de petits problèmes d'ordre urinaire ou gynécologique: besoins plus fréquents d'uriner, sensation d'urgence urinaire.

## Au niveau des phanères : peau, ongles et cheveux

Quelques études, mais pas toutes, suggèrent que suite au manque d'estrogènes après la ménopause, la peau et les phanères peuvent s'altérer.

## Des douleurs articulaires et musculaires: liées au manque d'estrogènes

**Tous ces symptômes peuvent exister de manière isolée ou selon toutes les combinaisons possibles.**



*Les symptômes*  
de la ménopause ne sont ni spécifiques,  
ni systématiques.  
Ils sont liés  
aux modifications hormonales.

## La ménopause peut aussi induire les *désordres* suivants :

### Ostéoporose

L'ostéoporose est une perte de solidité de l'os. La trame osseuse est moins minéralisée par le calcium et donc moins résistante et est fragilisée par des microfractures.

L'ostéoporose est une maladie silencieuse. Elle s'installe progressivement et se manifeste soudain, après plusieurs années, par des fractures, principalement des tassements vertébraux, des fractures du col du fémur et du poignet.

### Augmentation des risques cardiovasculaires

À la ménopause, le risque de développer des maladies cardiovasculaires augmente. Ainsi, après la ménopause, les risques cardiovasculaires des femmes rejoignent ceux des hommes.

### Principe du traitement de la ménopause

Le traitement hormonal classique de la ménopause comprend principalement des estrogènes (associés à un progestatif quand la patiente n'a pas subi d'ablation de la matrice):

- l'estrogène vise à supprimer les symptômes climatiques aigus de la ménopause;
- le progestatif vise à protéger l'endomètre d'une stimulation excessive par les estrogènes et est associé aux estrogènes lorsque la femme traitée n'a pas subi l'ablation de l'utérus;
- l'endomètre est la couche interne de l'utérus. Sa croissance est stimulée par les estrogènes;
- il est important de respecter un équilibre entre estrogènes et progestatifs;
- en cas de déséquilibre, si l'endomètre est continuellement et uniquement stimulé par des estrogènes, il va proliférer sans arrêt. L'endomètre va devenir très épais, avec risque d'hypertrophie (c'est-à-dire augmentation quantitative de l'endomètre), voire de cancer de l'endomètre;
- un progestatif est un dérivé synthétique de la progestérone qui vise à protéger l'endomètre d'une stimulation excessive par les estrogènes;
- la dydrogéstérone et la progestérone micronisée sont des progestatifs recommandés par les Sociétés belge et américaine de la Ménopause.

Les symptômes de la ménopause peuvent être réduits par la prise d'estrogènes.  
N'en prenez pas, sous aucune forme, sans l'avis de votre médecin!

Avant l'installation de la ménopause, la femme peut passer par une période d'irrégularités de cycles qui peut durer de nombreux mois. C'est la péri-ménopause, qui peut bénéficier d'un traitement par progestatif seul afin de régulariser la fréquence et l'importance des saignements.

En début de ménopause, le traitement hormonal estroprogestatif **séquentiel** (en général, 14 jours d'estrogènes seuls puis 14 jours d'estrogènes + progestatif) donne **des saignements** réguliers et prévisibles (entre 3 et 5 jours). Le saignement va survenir à l'arrêt de la prise du progestatif.

### *Le schéma séquentiel*

L'estrogène peut être donné en continu tout au long du mois associé à un progestatif pendant minimum 12 à 14 jours.  
D'autres schémas existent.

► Ce régime se traduit généralement par un saignement régulier lors de l'arrêt de la prise du progestatif. Ce saignement aura tendance à diminuer avec le temps. C'est un facteur de confort important.

### *Les préparations combinées continues*

Estrogènes et progestérone sont combinés dans le comprimé et donc pris simultanément chaque jour sans interruption.

► Ce type de thérapie est souvent prescrit à des femmes en post-ménopause bien établie qui ne souhaitent pas de saignements.

Ce schéma vise l'aménorrhée totale, cela signifie que **la femme n'aura plus du tout de saignement**.

Quelle que soit votre situation, il est important que le traitement hormonal de substitution soit le mieux adapté à vos besoins: une évaluation attentive des risques et bénéfices doit être réalisée au moins annuellement et l'hormonothérapie de la ménopause ne sera maintenue que si le bénéfice escompté est supérieur au risque.

## Quels sont les *bénéfices* et les *risques* que l'on peut attendre du traitement hormonal de substitution?

### L'avis de la Société belge de Ménopause.

*La Société belge de Ménopause* est une organisation scientifique sans but lucratif composée d'experts belges en gynécologie dont le but est de promouvoir la compréhension de la ménopause et améliorer ainsi la santé des femmes ménopausées. Ces experts se sont réunis et ont proposé le consensus suivant sur la base de publications récentes et actualisées.

#### Soulagement des bouffées de chaleur

Des symptômes modérés à sévères peuvent modifier la qualité de vie des femmes pendant des durées variables (courtes à très longues). Chez les femmes souffrant de ces symptômes, l'hormonothérapie substitutive s'avère être le traitement le plus efficace.

#### Prévention de la perte osseuse

Il convient d'abord de modifier son mode de vie en faisant de l'exercice physique, en évitant le tabagisme et les excès d'alcool. Un apport supplémentaire de calcium et/ou de vitamine D est souvent nécessaire.

L'hormonothérapie substitutive est efficace dans la prévention de la perte osseuse liée à la ménopause et dans la prévention des fractures de la colonne vertébrale et/ou de la hanche. Elle peut donc jouer un rôle positif en cas de risque élevé d'ostéoporose (ménopause précoce, race blanche, antécédents familiaux, stature petite et fine, excès d'alcool, sédentarité, apport faible en calcium, tabagisme), risque que le médecin pourra évaluer sur base d'instruments très fiables qui mesurent la densité minérale osseuse.

En cas d'ostéoporose seule, sans autres symptômes de ménopause, votre médecin pourra instaurer d'autres traitements spécifiques (SERM, bisphosphonate,...).

## Prévention des risques cardiovasculaires

Certaines études ont révélé un risque réduit d'athérosclérose et de maladies cardiovasculaires chez les utilisatrices de traitement hormonal de la ménopause.

Cependant, ces études suggèrent que cette réduction de risque n'existe que chez les femmes qui ont débuté leur hormonothérapie avant l'âge de 60 ans et/ou moins de 10 ans après la ménopause. Néanmoins, la protection cardiovasculaire ne constitue pas en soi une indication de traitement de la ménopause.

## Les maladies thromboemboliques veineuses

La prise d'une hormonothérapie substitutive augmente légèrement le risque de maladie thromboembolique veineuse, surtout durant la première année d'utilisation et essentiellement chez les femmes qui présentent déjà d'autres facteurs de risque: âge, excès pondéral, sédentarité, anomalies de la coagulation. Ce risque peut être réduit si l'on utilise des doses orales faibles en estrogènes ou des traitements avec des estrogènes transdermiques/percutanés.

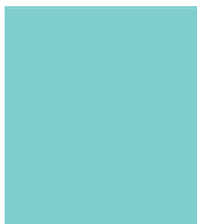
## Risque de cancer du sein

Les facteurs liés au mode de vie influencent considérablement le risque de cancer du sein: l'obésité post-ménopausique et la consommation d'alcool augmentent le risque et l'exercice physique le réduit.

Certaines études ont montré que certaines hormones utilisées dans le traitement de la ménopause pouvaient augmenter le risque de cancer du sein. Ce risque pourrait ne pas être augmenté ou uniquement faiblement augmenté après la prise d'estrogènes sans progestatifs. Le risque est influencé par le type de progestatif utilisé (ce risque est plus faible avec la dydrogestérone et la progestérone naturelle micronisée).

Le risque de cancer du sein doit être examiné individuellement avant le démarrage d'un traitement de substitution.

Quoi qu'il en soit, le dépistage du cancer du sein ne doit pas être modifié par l'utilisation ou non d'un traitement hormonal de la ménopause et devrait faire l'objet d'une discussion avec votre médecin.



## En pratique

### Quand instaurer un traitement de ménopause?

Lorsque celui-ci est utile.

Souvent, le début de la ménopause est accompagné de symptômes climatiques; cette période est celle où l'aide apportée procure rapidement un bénéfice.



### Quel traitement proposer ?

Il faut d'abord savoir que des modifications de posologie et de produits sont possibles, car l'objectif principal est toujours de soulager les symptômes.

Selon la symptomatologie et la clinique, le médecin choisira parfois au début une préparation contenant estrogènes et progestatifs à très faible dose chez les femmes qui ont toujours leur utérus (estrogènes seuls si la patiente est hystérectomisée). En cas de réponse insuffisante, les doses seront augmentées.

A l'inverse, si le médecin a décidé de donner des préparations à plus fortes doses et que se présentent des effets indésirables (tels que mastodynie ou douleur aux seins, ou autres), il est toujours possible de réduire les doses.



### Peut-on rétablir un traitement hormonal de substitution chez les femmes qui l'auraient interrompu?

On peut réinstaurer un traitement hormonal de substitution après une interruption plus ou moins prolongée; cependant, l'évaluation des bénéfices et des risques doit être renouvelée.



### Quelle doit être la durée du traitement?

Les recommandations ne sont pas formelles à ce sujet. Le maintien d'un traitement repose sur la balance bénéfices/risques individualisée.

## Les 4 points clés à retenir

1 Un **mode de vie sain** est essentiel pour prévenir et traiter les maladies cardiovasculaires, les troubles métaboliques, le cancer du sein et l'ostéoporose.



2 La **plus petite dose efficace** d'hormonothérapie de substitution sera préférée pour le soulagement des symptômes climateriques de la ménopause et son efficacité devra être réexaminée régulièrement afin de limiter la durée du traitement.



3 On choisira de préférence un progestatif ayant un profil métabolique neutre, **la dydrogestérone ou la progestérone naturelle micronisée** sont des exemples de progestatifs ayant ce profil.



4 Et finalement, **l'individualisation et la personnalisation** de la thérapie hormonale de substitution sont les clés d'un traitement hormonal réussi. Le rapport bénéfices/risques étant toujours individuel, le traitement hormonal de substitution doit toujours faire l'objet d'une discussion avec votre médecin.



avec la collaboration  
scientifique de la SBM

Avec le support de

