

LA MENOPAUSE

Dr M.A. MESSIOUX

Gynécologue obstétricien
Hôpital Privé La Châtaigneraie



7^{ème} JUMGA

05/12/2015

Déclaration de conflits d'intérêts

ETAPE PHYSIOLOGIQUE

- 11 500 000 femmes ménopausées en France
- Âge moyen 51.3 ans
- ½ ont + de 65 ans
- Espérance de vie à 50 ans : 83 ans
- 72 000 femmes ont été hystérectomisées en 2008, dont la moitié ont eu également une annexectomie bilatérale (PMSI)
- 1 femme traitée sur 5 a eu une ménopause chirurgicale

HISTORIQUE

- **1940**: Estrogènes Conjugués Equins aux USA
- **1970**: ttt en France, molécules différentes
- **1974**: voie cutanée
- **1982**: premier THS combiné
- **1987**: premier patch
- **2002**: 2 000 000 femmes sont traitées en France
- Mais étude WHI a bouleversé la prise en charge
- **2012**: 650 000 femmes sont traitées
- **2014**: réhabilitation du THM , reco. de l'HAS

PRISE EN CHARGE ACTUELLE




- De plus en plus importante
- Âge des patientes, FdR métaboliques, CV, neurologiques
- Symptômes climatériques moins tolérés
- Souhait d'un ttt sans risque et/ou crainte « des hormones »
- Evaluation de la balance « bénéfices risques »

DIAGNOSTIC

- **CLINIQUE:**

- Âge
- Précédée ou non d'une période périménopausique, dysovulatoire
- Aménorrhée > 1 an, test aux progestatifs négatifs,
- Bouffées vasomotrices
- Tr du sommeil, de l'humeur, de la libido
- Sécheresse muqueuse (SGUM) et cutanée

- **BIOLOGIQUE:**

-  FSH, LH normale
-  E2
-  Inhibine B

QUID DE LA BIOLOGIE?

- **Le plus souvent inutile**
- Eventuellement -> Dosage FSH, E2
 - Ménopause précoce < 40 ou 45 ans (IOP)
 - ATCD d'hystérectomie inter annexielle
 - Patiente encore sous CO
 - Stérilets au LNG (Mirena[®], Jaydess[®])
- Dosage LH, Progestérone **sans intérêt**
- Attention à la fluctuation des taux

TRAITEMENT

- **Symptomatique** : traitement local, somnifères, anxiolytiques, homéopathiques
- **Etiologique** : THM, SERM
- La décision dépendra:
 - Du choix de la patiente (information), de son âge
 - Des symptômes, de l'altération de la QdV
 - Des ATCD médicaux (MTE et CV, Kc du sein, maladies inflammatoires, syndrome métabolique, obésité)

CHOIX THERAPEUTIQUE (THM)

- **OESTROGENES:**

- Gel Percutané: Oestrogel[®], Estreva[®]
- Patch: Oesclim[®], Climara[®], Dermestril[®]

- **PROGESTATIFS:**

- Progestérone micronisée (Utrogestan[®], progestan[®])
- Dydrogestone (Duphaston[®])

- **ASSOCIATIONS OP**

- Femsept Combi[®] (ttt séquentiel)
- Climaston[®] (ttt combiné)

CHOIX THERAPEUTIQUE (local)

- **OESTROGENES:**

- Gel vaginal Estriol
- Avec restauration de la flore vaginale (Geliofil, Gynophyllus)

- **NON HORMONAL:**

- Acide Hyaluronique (Mucogyn)

MODALITES du TRAITEMENT

- Dose minimale efficace, durée courte
- Combiné continu
- Combiné séquentiel : 28 j/31
- Combiné séquentiel : 5j/7

Et en cas de contre indication

- Ttt local (acide hyaluronique + flore vaginale)
- Ttt homéopathique
- Ttt phytothérapique (phytoestrogènes)
- Antidépresseurs (Venlafaxine)
- Neuroleptiques (Sulpiride)
- SERM: si haut risque d'ostéoporose

SURVEILLANCE TRAITEMENT

- Ex clinique après 3 à 6 mois de traitement
 - Tolérance (mastodynies, métrorragies)
 - Amélioration des symptômes (3 à 6 semaines)
 - Adaptation des doses
- Ex clinique annuel, pds, taille, TA, Etat veineux
- Ex clinique général, et gynécologique (FCV), mammaire
- Bilan biologique et mammographique / 2 ans
- DMO (CTX) ?
- Echographie pelvienne

BENEFICES

- **Amélioration** syndrome climatérique
- ↘ Atrophie urogénitale
- ↘ DI articulaires, ↘ tr humeur, ↘ tr sommeil, ↘ tr de la libido
- Prévention ostéoporose et ↘ l'incidence des fractures
- Cardioprotecteur si débuté avant la formation de plaques d'athérome (évite leur constitution)
 - Notion de fenêtre d'intervention < 6 ans
 - étude ELITE 2014
 - Sinon, favorise la migration d'embols

RISQUES 1

- **Kc du sein:** ↑ minime du risque après 10 ans de prise, à relativiser par rapport aux autres FDR
 - Rôle promoteur et « non initiateur » du processus tumoral
 - Etude E3N : rôle du progestatif (effets délétères des Norstéroïdes et Norpregnane)
- **Kc endomètre:** si E2 seuls, hyperplasie endomètre, Kc effet dose
 - Nécessité **absolue** d'adjoindre progestatifs
 - Intérêt du Mirena[®], s'il est en place, pas d'AMM
- **Kc ovaire:** Risque augmenté si E2 seuls, 1 Kc /8300 femmes traitées

RISQUES 2

- **MTE:** Etude ESTHER : ↗ du risque lié à la voie orale, nécessité de la voie per cutanée si FDR
 - Obésité
 - Thrombophilie
 - rôle important du progestatif (micronisé ou Dydrogestone)
- **AVC:** rares avant 60 ans (Etude RENOUX 2010)
 - THM ↗ risque après 60 ans
 - Faible dose d'E2 per cutané n'augmente pas ce risque

CONCLUSION

- Après l'alarme de l'étude WHI, réhabilitation du THM
 - Peser le choix de la patiente et les indications
 - Evaluer CI ou précautions d'emploi (HAS), balance bénéfices risques (www.gemvi.org)
 - Vérifier bilan lipidique et mammographie préalable
 - Préférer l'oestrogène percutané
 - Adjoindre un progestatif micronisé ou dydrogestone
 - Réévaluer l'intérêt du ttt chaque année

BIBLIOGRAPHIE

- Writing group for the Whomen'sHealth Initiative Investigators. JAMA 2002; 218: 321-333
- Fournier A, Kemalegouen C, Parjo H et al: post menopausal hormone therapy initialisation before and after WHI in two french cohorts. Ménopause 2011;18:219-223
- L Marie Scemama: traitement hormonal de la ménopause, 12 ans pour le réhabiliter. Réalités en gynécologie obstétrique, 2014
- Manson JAE, Chlebowski RT et al: Menopausal Hormonal therapy during the intervention and extended post stopping phases of the WHI randomized trials. JAMA 2013;310:1353-1368
- Lhermitte M, Le traitement hormonal enfin réhabilité . Gunaikeia 2014;19:3
- Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Commission de la transparence. HAS 2014
- La place du traitement hormonal de la ménopause en 2015. P Lopes, F Tremollieres. Mise à jour en gynécologie médicale, 39 è journées CNGOF, Nantes



Merci