

AIDE À L'ACCOMPAGNEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE DES FEMMES VIVANT LEUR MÉNopause

DÉFINITIONS

Classiquement entre
45 et 55 ans

La **Ménopause** est une étape physiologique dans la vie d'une **femme**.

- 40 ans :
insuffisance ovarienne
prématurée (IOP)

Orientation vers le gynécologue,
l'endocrinologue

[40 et 45 ans] :
ménopause
anticipée

+ 55 ans :
ménopause tardive

Orientation vers
le gynécologue

Périménopause :

Période de durée variable qui précède la survenue de la ménopause.

- Débute en moyenne 4 ans avant la ménopause
- Symptomatologie inconstante et polymorphe

- Irrégularité des cycles menstruels +/- symptômes d'hyperestrogénie relative (comme ménorragies, mastodynies, gonflement abdominal) +/- symptômes climatiques
- ⚠️ **Diagnostics différentiels des troubles du cycle à évoquer selon l'âge et la présentation clinique** (gynéco-obstétriques, endocriniens, hématologiques, iatrogènes et psychologiques)

LE DIAGNOSTIC EST CLINIQUE

Absence de règles durant 12 mois consécutifs, sans cause évidente, chez une femme après 45 ans

Avec ou sans syndrome climactérique :
BVM, SGUM, sueurs nocturnes, douleurs articulaires, etc.

Recours à un examen biologique (FSH, estradiol) :

- Si ATCD d'hystérectomie conservatrice et si diagnostic souhaité et/ou nécessaire à réaliser au moins 3 mois après la chirurgie et à répéter car les fluctuations hormonales sont fréquentes avant la ménopause
- Si doute diagnostique → Compléter la biologie selon la présentation clinique
- Si âge < 45 ans

Comment savoir si une patiente qui utilise une contraception hormonale est ménopausée ?

Discussion d'un relais par une contraception non hormonale

↳ Diagnostic posé si aménorrhée pendant 12 mois

En pratique, si difficulté à réaliser le relais et en cas de système intra-utérin hormonal, des dosages biologiques peuvent être réalisés à titre informatif pour **orienter** le diagnostic.

SUIVI

des risques de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose après la ménopause

Examen clinique annuel

taille

poids

prise de TA

Évaluation et prise en charge du risque cardiovasculaire individuel

Examen gynécologique personnalisé et mise à jour des dépistages individuels et organisés

Recherche et évaluation de l'intensité des symptômes climactériques

Évaluation du risque d'ostéoporose

Recherche des FDR de fracture

+ Réflexion sur l'indication d'une DMO

S'ajoutent à celles de la population générale

Indications de remboursement de la DMO propres à la ménopause :

- ATCD de fracture du col fémoral chez un parent du 1^{er} degré sans traumatisme majeur
 - IMC < 19 kg/m²
- Ménopause avant 40 ans
- ATCD de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs (dose ≥ à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone)

Si diagnostic d'ostéoporose à la 1^{re} DMO & instauration du THM:

Renouveler la DMO

2 à 3 ans après l'instauration du traitement

Quand changement ou arrêt du traitement

Importance du temps d'écoute, de l'empathie

Explorer le vécu de la patiente et ses représentations personnelles de la ménopause (notamment par rapport à sa sexualité).

Prévention individuelle

- Encourager au sevrage tabagique et à une limitation de la consommation d'alcool
- Expliquer les bienfaits d'une activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée

EN PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE :

- S'assurer d'un apport suffisant en calcium (privilégier le calcium alimentaire) Calcul possible sur le site de APOROSE
- Évaluer la pertinence d'une supplémentation en vitamine D

BVM : Bouffées vasomotrices

THM : Traitement hormonal de la ménopause

ATCD : Antécédent

DMO : Densitométrie osseuse

SGUM : Syndrome génito-urinaire de la ménopause

FDR : Facteurs de risque

TA : Tension artérielle

TRAITEMENTS DES SYMPTÔMES

En cas de BVM altérant la qualité de vie

Thérapeutiques non médicamenteuses :

- Modifications des habitudes de vie : perte de poids en cas de surpoids, dormir dans une pièce fraîche, limiter la consommation de boissons alcoolisées, de tabac...
- Hypnose, Yoga, Acupuncture
- Valériane (en extrait aqueux ou hydroalcoolique à titre faible)

Thérapeutiques médicamenteuses : Traitement hormonal de la ménopause

À débiter si **ménopause confirmée** et **< 10 ans après le début** de la ménopause.

BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE :

DMO si indiquée 

Évaluation du risque cardiovasculaire + examen gynécologique personnalisé

↳ Comportant une biologie :
exploration d'une anomalie lipidique,
glycémie à jeun

↳ Mammographie selon la date de la
précédente

Privilégier le 17 bêta-estradiol
ou le valérate d'estradiol
par voie cutanée



La progestérone micronisée ou la
dydrogestérone au moins 12 jours par mois
pour un effet protecteur sur l'endomètre

Schéma combiné ou schéma séquentiel (avec « règles ») : [lien cliquable](#)

Si hystérectomie = estrogènes seuls

Dose minimale efficace et durée de traitement la plus courte possible,
individualisées et réévaluées avec chaque patiente.

RÉÉVALUATION INITIALE À 3 MOIS PUIS ANNUELLE DU THM

Signe de surdosage :

apparition de symptômes d'hyperestrogénie

Signe de sous-dosage :

syndrome climatérique persistant

Si **inefficacité malgré une posologie adaptée et une bonne observance** : BVM atypiques ?

Principaux bénéfices :

- Diminution des BVM et du SGUM
- Amélioration du confort physique et psychique
- Prévention de l'ostéoporose
- Diminution du risque de cancer colorectal

Principaux risques :

- Risques d'AVC et thromboembolique veineux (↳ quand estradiol par voie cutanée)
- Risque de cancer du sein (↗ après 5 ans de traitement)
- Risque de cancer de l'ovaire

AVC : Accident vasculaire cérébral

Contre-indications du THM

ATCD de cancer du sein ou de tumeur estrogéno-dépendante / ATCD de pathologie thrombotique artérielle / Risque cardiovasculaire élevé ou très élevé / Hépatopathie aiguë ou chronique / Hémorragie génitale sans diagnostic / Maladie d'Alzheimer / Lupus / Tumeur hypophysaire / ATCD de méningiome / Porphyrie



Contre-indications relatives nécessitant un avis complémentaire :

Présence de FDR cardiovasculaire, ATCD de maladie thromboembolique veineuse ou de thrombophilie biologique (mutation du facteur V Leiden, mutation G20210A de la prothrombine), mastopathies bénignes à risque, myome ou endométriose.

En cas de SGUM

Traitement local par voie vulvaire et vaginale

• 1^{re} INTENTION

Gels vaginaux hydratants, lubrifiants
Non remboursés

Si efficacité insuffisante

• en 2^e INTENTION

Estrogènes par voie vaginale
Efficacité supérieure au THM systémique

Les drapeaux rouges

Pour toute  ménopausée

► Indications à des examens complémentaires :

- Métrorragies
- Anomalie à la palpation mammaire
- Perte de plusieurs cm de taille (élimination d'une fracture vertébrale)

► En cas de prise de THM :

- Saignements sous schéma combiné ou en dehors de la période d'arrêt du progestatif en schéma séquentiel :
 - ↳ Echographie pelvienne en première intention
- Syndrome douloureux mammaire :
 - ↳ Imageries à envisager en fonction de l'examen clinique
Si bilatéral et particulièrement au début de la prise du THM : signe de surdosage ?
- Palpation d'une masse mammaire :
 - ↳ Suspension du THM durant les investigations
 - ↳ Arrêt définitif si lésion maligne

Pour information

Lien cliquable :
[Sources](#)

Auteures :
Savine Bohin
Dr Anne Hersart de la Villemarqué

Graphiste :
Léa Maurin

