

Périménopause/Ménopause et THS



Pourquoi est-ce important?

- En France: >10millions (30%) femmes ménopausées
- En 2025: 50% femmes françaises seront ménopausées
- 1 femme/2= aucun ou peu de symptômes
- ↓ symptômes avec le temps mais >10ans post ménopause pour 1femme/4

Quelques définitions:

- **Ménopause:** âge moyen: 51ans,
induite/spontanée, aménorrhées depuis 1 an,
bio:↑↑↑ FSH / ↓↓↓ E2
- Insuffisance ovarienne prématurée: <40ans
☒ Insuffisance ovarienne débutante
- **THM:** femme env. 50 ans
- **THS:** femme < 50 ans

Physiopathologie périménopause:

Déclin progressif de l'activité folliculaire



Diminution de l'AMH

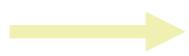


rétrocontrôle

Augmentation de la FSH



Hyperoestrogénie relative + Insuffisance lutéale



Cycles courts puis longs +/- ménométrorragies

Syndrome climatérique



- Bouffées vaso-motrices: 3 phases:
 - Aura (frissons)
 - Sensation de chaleur
 - Hypersudation
- Sueurs nocturnes isolées
- Troubles génito-urinaires:
 - sécheresse vulvo-vaginales, dyspareunies d'intromission, troubles de la libido, troubles urinaires
- Troubles psychiques
- Répartition androïde des graisses

Conséquences à long terme de la ménopause:

- Ostéoporose
- Athérosclérose/coronaropathie
 - Perturbations métaboliques: ↑ chol total/LDL, TG, résistance à l'insuline, modif coag
 - Altération de la paroi vasculaire: ↑ TA, ↓ vasoréactivité artérielle, dysfonction endothéliale
- Altération des fonctions cognitives?

THM/THS

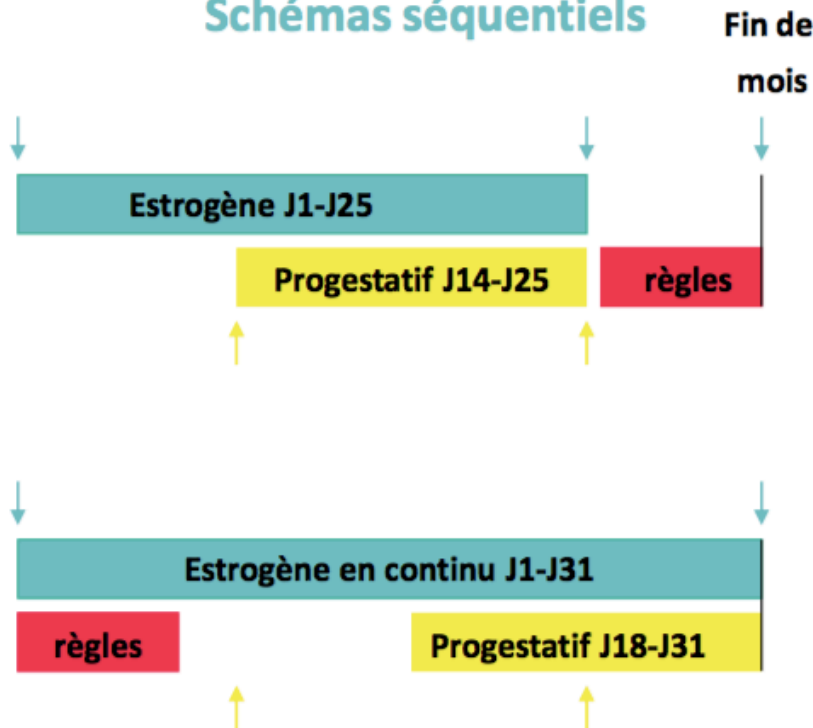


- 3 types:
 - Oestrogènes seuls si HT
 - Oestroprogestatifs : progestérone ou dydrogestérone
 - Autres (ex: Tibolone)
- Schémas d'utilisation:
 - séquentiel: 10 à 14 jours d'E2 sans PG → « règles »
 - combiné: prise concomitante → « pas de règles »
- Pérимénopause et troubles du cycle:
 - Eliminer cause organique
 - Schéma inversé: progestérone 3smn/4 (Lutéran) + E2 percut 1/2 dose les 10 derniers jours (Oestrodose 1pulv de J12 à J21)
 - Pendant 1an
 - Contraceptif
 - Puis switch avec THM et progestérone micronisée

Schéma thérapeutique

« Avec règles »

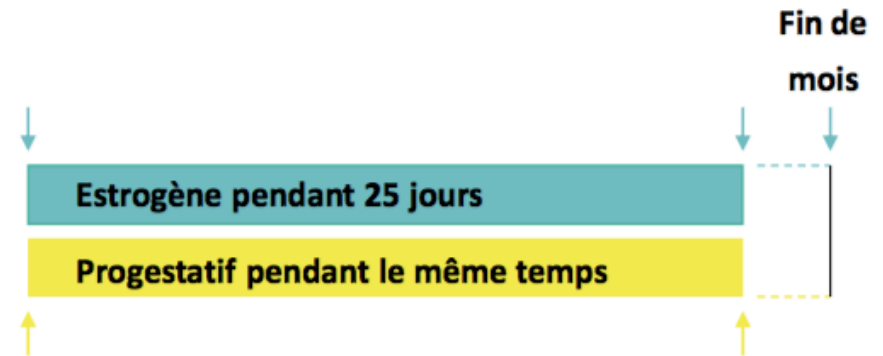
Schémas séquentiels



Commencer l'estrogène le 1^{er} jour de chaque mois.
Au mois 12 jours de progestatif si oestrogène discontinu
Au moins 14 jours de progestatif si œstrogène en continu

« Sans règles »

Schémas continus



Commencer simultanément l'estrogène et le progestatif le 1^{er} jour de chaque mois.
Arrêter le traitement le 25^{ème} jour du mois (traitement interrompu 5 à 6 jours chaque mois).
Possibilité d'administrer les 2 hormones sans interruption.

Intérêt du THM



- 90% d'efficacité sur BVM
- Amélioration de la qualité de vie
- + efficace si ménopause récente
- Progestérone seuls moins efficace
- Diminution risque de fractures ostéoporotique (mais bénéfiques disparaissent rapidement à l'arrêt THM)

Historique du THM:

- Large prescription jusqu'en 2002
- Etude prospective américaine: WHI « Women's Health initiative »: THM = ↑ cancer du sein, ↑ accidents CV (MTEV, IDM, AVC)
- Confirmation de l'↑ K sein par étude britannique MWS « Million Women Study »
- Juin 2005: THM classé comme cancérogène certains pour l'humain (CIRC)

Recommandations de bonnes pratiques:

- **Indications:**
 - Altération de la qualité de vie par les troubles du climatère
 - Ttt secondaire prévention fractures ostéoporotiques
- **Contre indications absolues:**
 - Tumeurs oestrogénodépendantes connues ou suspectées
 - MTEV récentes ou en cours, tbles hépatiques sévères, HTA déséquilibrée, métrorragies d'étiologie indéterminée
- **Mesures associées:**
 - Information éclairée des patientes
 - Examen clinique gynécologique (seins+++)
 - Dose la + faible possible pour une durée la plus courte possible
 - Réévaluation min annuelle de la balance B/R +/- suspension temporaire
 - Mammo et bilan glucido-lipidique avant début ttt puis tous les 2 ans
 - Lutte contre autres fdr de cancer

Adaptation du traitement

- Mastodynies, gonflements abdominaux, prise de poids (rétention HS) → ↓ E2
- BVM, sécheresse vaginale, troubles du sommeil, humeur dépressive, asthénie → ↑ E2
- Métro → écho pelvienne + BE
 - Si endomètre < 6mm: risque K quasi nul: saignement par atrophie endométriale probable
 - Si endomètre > 6mm: HSC + curetage
 - Hyperplasie simple sans atypie: ↓ E2 et/ou ↑ PG
 - Hyperplasie complexe et/ou atypies: arrêt THM

Alternatives au THM:

- Bêta alanine (*Abufène*)
- TTT homéopathique (*Belladonna, Lachesis mutus, Sepia officinalis...*)
- Ttt locaux (lubrifiants, E2 sans passage systémique (promestriène: *Colpotrophine*)...)
- Ttt antidépresseurs: Venlafaxine (*Effexor*), Paroxétine, Gabapentine...
- Médecines complémentaires: relaxation, hypnose, PEC sexologique...
- Supplémentation en vit D, bisphosphonates

Cas particulier de l'IOP

- Aménorrhée > 4mois et FSH >20
- Bilan IOP:
 - AMH: PF?
 - Caryotype: Turner? 47,XXX?
 - Recherche prémutation FMR1
 - Ac anti TPO, Ac anti TG, TSH, ac anti 21 OH
 - Conseil génétique
- THS à instaurer au plus vite et min jusqu'à 50ans +++