

MENOPAUSE

- Que dire à nos patientes ?
- T. Linet, J. Nizard

1

- Ménopause : Arrêt définitif des règles
- Pérимéноpause (climatère) : Période de transition autour de la ménopause.
- Préméноpause : Du trouble des règles jusqu'à la ménopause
- Post-ménopause : Après la ménopause.

Définitions

2

Stade	Ménarche				Dernières règles							
	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	0	+1a	+1b	+1c	+2	
Terminologie	Âge de procréer				Préménopause				Post-ménopause			
	Précoce	Pic		Tardif	Précoce	Tardive			Précoce		Tardive	
Durée	Durée variable				Pérимéноpause							
					Variable	1-3 ans	1 an	1 an	3-6 ans	N/A		
Cycles	Variables à régulier		Réguliers		Variables2		Aucun					
			Changement 1		≥ 2 cycles «loupés»3							
FSH			N	Variable	± ✓	> 25 UI/L	± ✓	Stable				
AMH			✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Inhibine B			✓	✓	✓	✓	✓	✓				
CFA [4]			✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Signes					Climatère probable				Climatère très probable			
									Atrophie			

Définitions (STRAW)

1 Changement du flux menstruel ou de la longueur2 Irrégularité de plus de 7 jours par rapport à l'habitude
 3 Intervalle d'aménorrhée de 2 cycles (≥ 60 jours) 4 Compte folliculaire antral (échographie)

Harlow SD et al. Fertil Steril 2012

3

Plus rapide...

Ménopause : 3 mois sans règles malgré l'administration cyclique d'un traitement progestatif...

4

Mais rien n'est vraiment sûr

- Les ovaires produisent encore des hormones (estradiol, testo, androstenedione) jusqu'à 5 ans après la ménopause clinique (Brodowski J. Gynecol Endocrinol 2012).

5

Préménopause

Déséquilibre oestroprogestatif

6

De nombreux follicules antraux
Un (ou 2) sélectionnés
Les autres en apoptose.

Le cycle en « vrai »

7

Avant la préménopause

A la quarantaine :

- ∨ Follicules
- ∨ E2 en fin de cycle
- ∨ FSH en début de cycle

Recrutement plus rapide
Phase folliculaire plus courte
Cycles plus courts

8

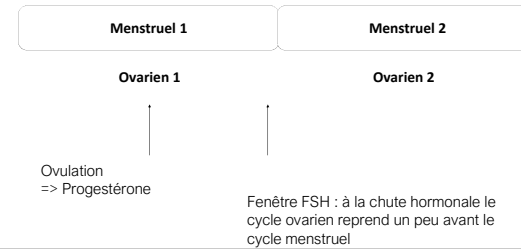
Cycle court



- Signe une réserve ovarienne diminuée
- Décalage entre le cycle utérin (menstruel) et ovarien
 - le début du cycle ovarien suivant empiète sur la fin du cycle ovarien précédent.

9

Physiologique

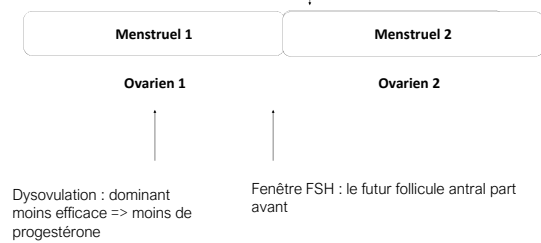


10

Raccourcissement



Le cycle menstruel se raccourcit de ce fait



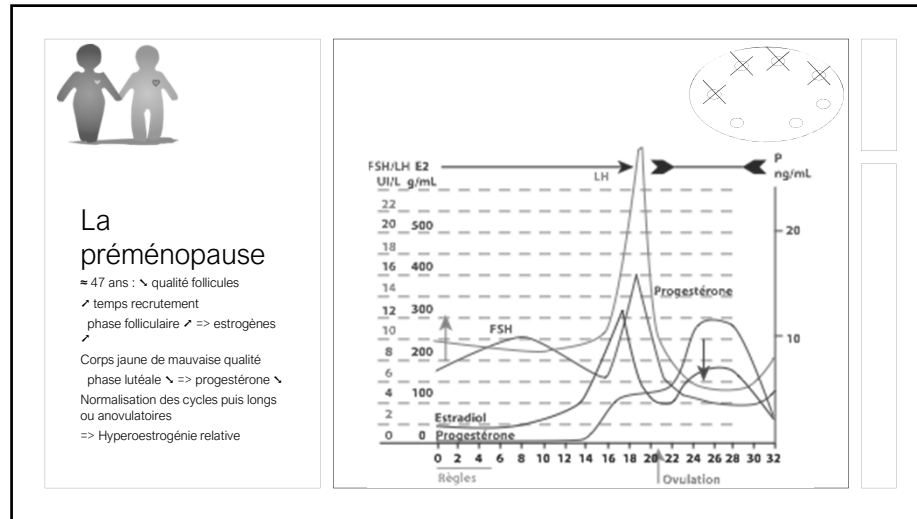
11

Cycle court

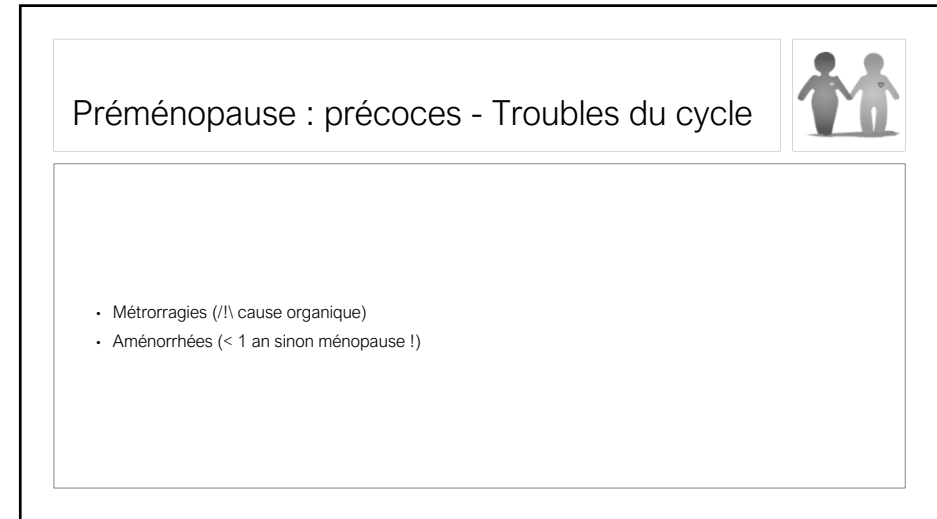


- Signe une réserve ovarienne diminuée
- Décalage entre le cycle utérin (menstruel) et ovarien
 - le début du cycle ovarien suivant empiète sur la fin du cycle ovarien précédent.

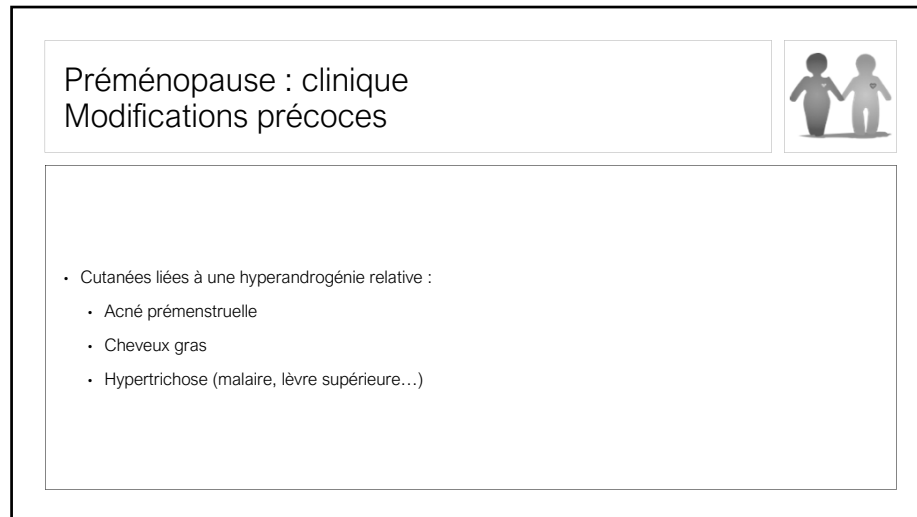
12



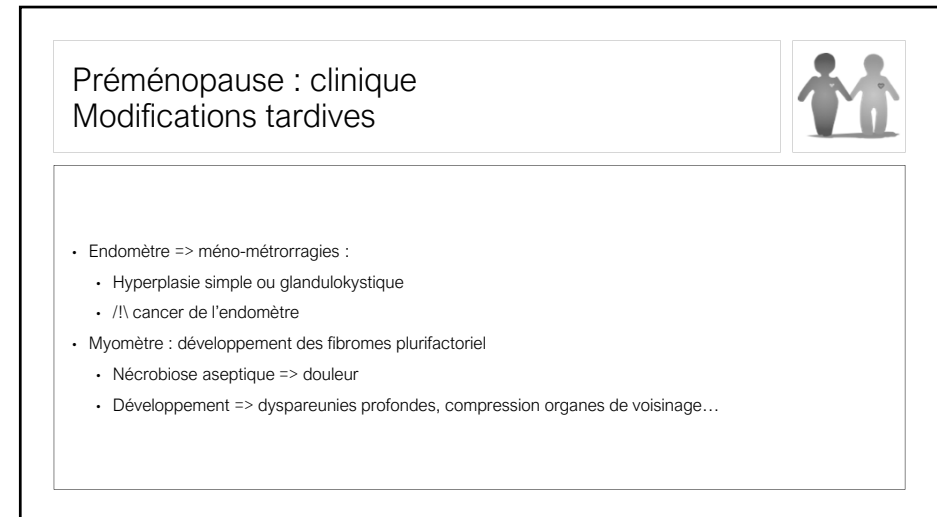
13



14



15



16

Préménopause : clinique Modifications tardives



- Maladie fibro-kystique du sein
 - Kystes simples (dilatation galactophores)
 - Hyperplasie canalaire (!\ Kc Sein, surtout si atypique).
 - Fibrose (dév. irrégulier du conjonctif)

17

Préménopause - Précoce Sd Premenstruel

I have PMS...got it?



- Aspécifiques mais cycliques
- Physique
 - œdème, prise de poids, syndrome douloureux mammaire.
- Psychiques
 - irritabilité, agressivité, humeur dépressive, perte de confiance en soi, variations de l'humeur, anxiété
- Psychiatrique
 - aggravation si sous-jacents

18

Le syndrome premenstruel...



- Léger
 - Pas d'interférence dans la vie sociale/personnelle ou professionnelle
- Modéré
 - Interférence existantes mais possibilité d'interaction avec l'entourage même si altéré.
- Sévère
 - Interaction impossible, interrompt des activités sociales ou professionnelles (résistant au traitement)

19

Combien et pourquoi ?



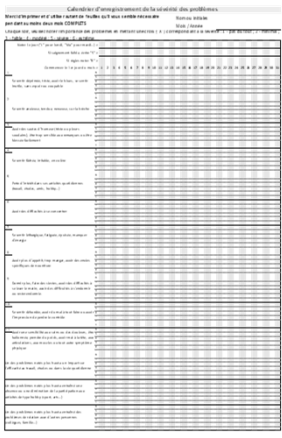
- SPM : 40 % des femmes [1]
 - 5-8 % sévères
 - 24 % des femmes sur 6 semaines de calendrier [2]
- Lié au cycle menstruel mais étiologie incertaine [1]
 - Sensibilité aux progestatifs ?
 - Neurotransmetteurs ? (GABA et sérotonine)
 - Récepteurs sérotonine sensible estrogènes et progestérones
 - Récepteurs GABA modulé par l'allopregnanolone (métabolite progestrone).

1. Green LJ. RCOG 2017 – 2. NP2 Sadler C. J Womens Health 2010.

20

Faire le diagnostic


- Utilisation d'un calendrier de symptôme sur au moins 2 cycles comme le DRSP (Daily Record of Severity of Problems)
- A remplir par la patiente avant de commencer le traitement
- Si le diagnostic est incertain, discuter un traitement par agonistes de la GnRH (« ménopause artificielle »)
 - Un mois pour faire effet
 - Deux mois pour évaluer les symptômes

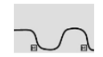
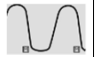
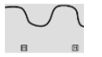
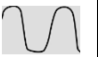
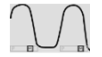



1. Green LJ. RCOG 2017

21

Classification du syndrome prémenstruel (Consensus ISPM)




	SPM physiologique	SPM de base	Exacerbation PM	SPM sans menstr.	SPM aux progestatifs	Pas un SPM
						
Cyclique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> menstr.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Semaine.s libre.s	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> qualité de vie	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Autres facteurs	Non	Non	Oui	Non	Progestatifs	Non
Conduite à tenir	Counselling, rassurance, pas de traitement	Tous TTT possibles	TTT cause (med, phy, psy) et/ou suppress. ovulation	Tous TTT possibles	Changement TTT prog.	Cs Psy

Green LJ. RCOG 2017

22

Le traitement [1]




- !/\ Arnaques : 36-43 % de réponse au placebo [1,2]
- Traitements ayant fait leur preuve :
 - Mastodynies : huile d'onagre 1 g/j ou 2g/j [3]
 - Vitex agnus castus L (Gattilier) : pas de préparation standardisée
 - Isoflavones : ± si migraine menstruelle
 - Autres compléments : Calcium/vit D, Vitamine B6
 - Millepertuis (St John's Wort) : !/\ inducteur enzymatique
 - Ginkgo Biloba
- En attente de données complémentaires (petites séries, méthodo variable).
 - Saffran, Réflexologie plantaire, acupuncture, baume au citron, curcumin, germes de blé

1. Green LJ. RCOG 2017 - 2. Yonkers KA. Obstet Gynecol 2005 – 3. Freeman EW J Womens Health Based Med 2001 – 4. Rocha Filho FA Reprod Health 2011

23

Traitement



- Première ligne**
 - Exercice, thérapie cognitivo-comportementale, vitamine B6
 - OP combiné de nouvelle génération (cyclique à la drospirénone ou continu)
 - IRSS en continu ou **en phase lutéale** (J15-J28) : ex citalopram/escitalopram 10 mg
- 2e ligne**
 - Patch E2 (100 µg) + Prog micronisée (100 ou 200 mg) J17 à J28, oral ou vaginal ou SIU au LNG à 52 mg
 - doses IRSS (ex citalopram/escitalopram 20 à 40 mg)
- 3e ligne**
 - Analogues GnRH + Add back (ex 50-100 µg patch E2 ou 2-4 doses E2 gel + prog 100 mg/j ou tibolone 2,5 mg)
- 4e ligne**
 - Chirurgie + THM

Green LJ. RCOG 2017

24

Quels traitements pour qui ?



- Sages-femmes si modéré
 - Oestroprogestatifs
 - Vitamine B6
- Médecins si nécessité d'IRSS
- Gynécologue si échec traitement 1^{er} ligne
- Prise en charge pluridisciplinaire si sévère :
 - Médecin traitant
 - Gynécologue
 - Psychologue ou psychiatre

1. Green LJ. RCOG 2017

25

Quelques notions complémentaires...



- Des « bêtises » à ne pas faire :
 - Diminution progressive
 - Un traitement par progestérone ou par progestatif isolé (Grade A)
 - Spironolactone (Aldactone)
 - Traitement potentiel 100 mg/j
 - Utiliser le Miréna « tout seul » (NP4)
 - Si chirurgie
- IRSS
 - Ovariectomie isolée => progestatifs et donc risque de PMS...
- Lutéaux > en continu
- Et moins d'effets indésirables
- Arrêt en cours de grossesse (plus de symptôme)

1. Green LJ. RCOG 2017

26