

Pour plus d'informations, vous pouvez
consulter l'e-Guide Visuel du Patient
www.e-guide-visuel-menopause.be

édité par VIVio et réalisé avec le soutien de Mylan

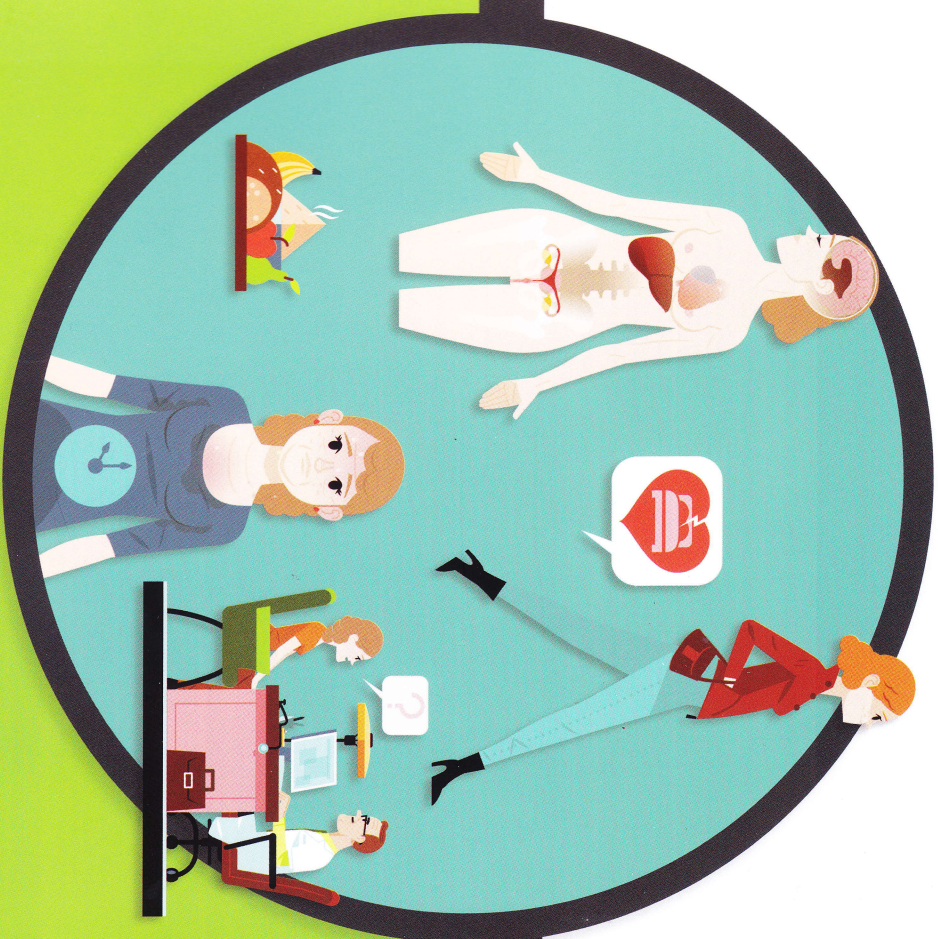


©VIVio SPRL Rue Rodenbach, 70 | 1190 Bruxelles | Tél.: +32 (0)2 640 49 13 | e-mail: guide@vivio.com | www.vivio.com

Rédaction: Philippe Violon | Illustrations: Cyni Elophe | Mise en page: Marie Bourgois | Toute reproduction, adaptation ou traduction d'une partie de ce guide est interdite sans l'accord écrit de l'éditeur. | ISBN: 978-2-87512-229-2 - D/2016/9601/8

L'information contenue dans cette publication est fournie uniquement à titre informatif. Elle ne peut être utilisée pour diagnostiquer ou traiter une affection ou une maladie. Cette information est destinée à améliorer, non à remplacer, la relation directe entre le lecteur et le professionnel de santé; elle ne constitue pas et ne peut remplacer une consultation ou un examen médical. Tout problème de santé doit faire l'objet d'une consultation ou d'un examen médical personnalisé auprès d'un médecin afin d'établir le diagnostic et le traitement adéquats.

La ménopause



VIVIO Avec le soutien de



Mylan®
Seeing
is believing

VIVIO Avec le soutien de



Mylan®
Seeing
is believing

Comprendre

- 03 Cycle menstruel
- 03 Arrêt des règles
- 04 Ovaires et ovulation
- 04 Ovaires et hormones
- 06 Qu'est-ce que la ménopause?
- 06 Préménopause
- 07 Ménopause précoce
- 07 Diagnostic de la (post-)ménopause
- 07 Ménopause et espérance de vie

Conséquences

- 08 Bouffées de chaleur
- 08 Troubles du sommeil et de l'humeur
- 08 Prise de poids
- 09 Diminution de la libido
- 09 Système urinaire
- 09 Vieillessement de la peau
- 10 Système cardiovasculaire
- 10 Ostéoporose
- 10 Autres symptômes liés à la ménopause
- 11 Conséquences décalées dans le temps

Traitements

- 12 Définition d'un THS
- 12 Quand faut-il traiter?
- 12 Bénéfices rapidement observables
- 13 Bénéfices à long terme
- 13 Quels sont les risques?
- 14 Quelles sont les contre-indications?
- 15 Voies d'administration
- 15 Schémas thérapeutiques

➔ Cycle menstruel

Le cycle menstruel commence à la puberté et se termine à la ménopause.

Il dure en moyenne 28 jours. Le 14^e jour du cycle correspond au moment de l'ovulation (dans un cycle de 28 jours). Au cours du cycle, la muqueuse qui

tapisse l'intérieur de l'utérus (endomètre) s'épaissit pour accueillir l'ovule fécondé. En l'absence de fécondation, les concentrations des taux d'hormones féminines chutent dans le sang, et la muqueuse endométriale est en partie éliminée: ce sont les règles.

➔ Arrêt des règles

Il y a trois raisons pour lesquelles il est «normal» de ne pas avoir de règles:

- > **la grossesse,**
- > **l'allaitement,**
- > **la ménopause.**

Mais un arrêt des règles peut aussi survenir:

- > en cas de **choc psychologique,**
- > chez des personnes **très maigres** (anorexie...),
- > chez certaines **sportives de haut niveau,**
- > à cause de **certaines maladies.**

COMPRENDRE

→ Ovaires et ovulation

Les ovaires ont une fonction ovulatoire (fonction exocrine): **à chaque milieu de cycle, un des deux ovaires va expulser un ovocyte** (encore

appelé ovule). Cet ovule va se diriger vers la trompe de Fallope où il sera éventuellement fécondé par un spermatozoïde.

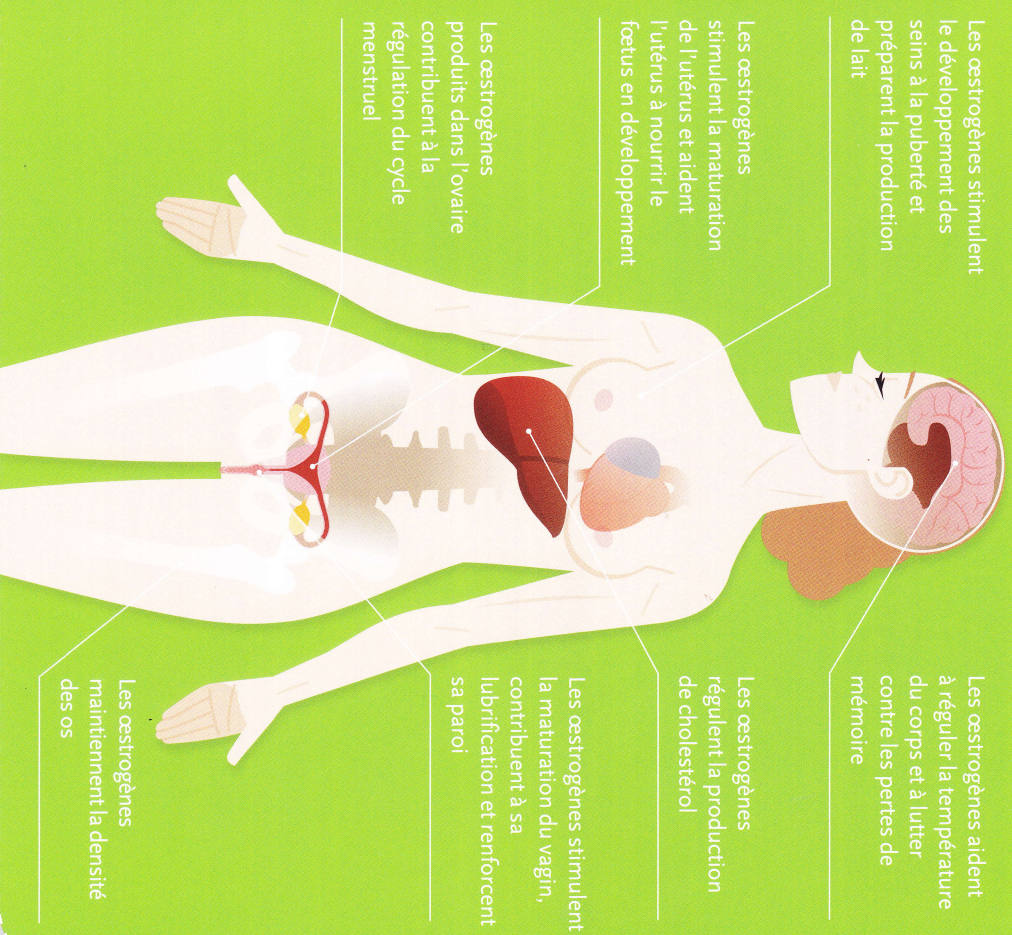
→ Ovaires et hormones

Les ovaires produisent des ovules mais aussi des hormones. Une hormone est un messager qui est transporté via le sang. Il existe de nombreux types d'hormones, dont:

> **les œstrogènes** qui vont notamment participer à l'épaississement de la muqueuse de l'utérus en première partie de cycle. Les œstrogènes sont également responsables des caractéristiques sexuelles féminines: seins, hanches... Elles jouent également un rôle dans de nombreuses autres parties du corps: cerveau, os, cœur et foie...;

> **la progestérone** est sécrétée à partir de la seconde moitié du cycle. Elle rend l'utérus propice à l'implantation d'un futur embryon. Elle empêche également les contractions utérines;

> **la testostérone**, hormone masculine est, elle, notamment responsable du développement de la pilosité. La testostérone contribue au développement de la masse musculaire et joue un rôle dans le désir sexuel.



➔ Qu'est-ce que la ménopause?

On parle de ménopause après 6 à 12 mois d'absence de règles (aménorrhée) chez les femmes de plus de 45 ans.

La ménopause commence généralement vers 50 ans et dure jusqu'à la fin de la vie. La ménopause n'est donc pas un phénomène transitoire.

Elle correspond à une diminution importante de la production d'hormones féminines par les ovaires.

Elle peut être accompagnée de bouffées de chaleur, de sueurs nocturnes, de sécheresses vaginales, d'altérations de l'humeur...

➔ Préménopause

La période de préménopause correspond aux quelques années qui précèdent la ménopause.

La préménopause correspond à une chute de la sécrétion de progestérone par les ovaires. Elle peut être accompagnée des symptômes suivants:

- > **cycles menstruels courts, puis longs,**
- > **cycles menstruels irréguliers,**
- > **transpiration nocturne,**
- > **syndrome prémenstruel,** c'est-à-dire avant les règles: douleurs mammaires, jambes gonflées, altérations de l'humeur...

➔ Ménopause précoce

L'âge de la ménopause peut être variable. Certaines femmes ont une ménopause tardive, au-delà de 55 ans. D'autres sont ménopausées dès 45 ans.

Il existe une influence héréditaire mais aussi environnementale. **On parle de ménopause précoce quand elle survient avant 40 ans.**

➔ Diagnostic de la (post-)ménopause

Le diagnostic est avant tout clinique et se base sur l'arrêt des règles. Une prise de sang peut être utile et montrera généralement:

- > **une baisse du taux d'œstrogènes,**
- > **une augmentation du taux**

de FSH (Follicle-stimulating hormone ou hormone folliculostimulante), une hormone produite par une glande située à la base du cerveau. Celle-ci a pour but de stimuler les ovaires à produire les œstrogènes.

➔ Ménopause et espérance de vie

À la fin du XIX^e siècle, l'espérance de vie des femmes était de 45 ans. La majorité d'entre elles ne connaissaient donc jamais la ménopause.

Aujourd'hui, avec une espérance de vie de 83 ans en Belgique, les femmes sont ménopausées durant plus de 30% de leur vie.

CONSÉQUENCES

→ Bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur sont très caractéristiques de la ménopause. **60 à 70% des femmes ménopausées souffrent de bouffées de chaleur.** 15 ans après le début de la ménopause, elles sont encore 15% à en souffrir. Les bouffées de chaleur

concernent généralement la partie supérieure du corps: décolleté, visage... Elles sont accompagnées de rougeurs et souvent suivies de transpirations excessives. Les sueurs nocturnes sont également fréquentes.

→ Troubles du sommeil et de l'humeur

Les troubles du sommeil et de l'humeur sont fréquents:

> **irritabilité, humeur dépressive**, voire véritable dépression,
> **anxiété**,

> **manque d'énergie**,
> **sommeil plus léger et parfois perturbé** par des épisodes de sueurs nocturnes,
> ...

→ Prise de poids

Les femmes prennent en moyenne 10 kilos entre 20 et 56 ans. **Chez certaines femmes, la prise de poids s'accroît à la ménopause.** C'est surtout la répartition de la graisse dans l'organisme qui change. La graisse a tendance à s'accumuler au niveau du ventre et

des hanches, ce qui peut provoquer un élargissement du tour de taille et une modification de la silhouette (passage d'un profil «poire» à un profil «pomme»). La prise de poids participe aussi à l'augmentation du risque de maladie du cœur et des vaisseaux.

→ Sécheresse vaginale

La sécheresse vaginale peut être à l'origine de rapports sexuels douloureux et donc d'une diminution de la qualité de vie sexuelle chez les femmes ménopausées.

À l'âge de la ménopause, le vagin perd son élasticité, devient sec, sa muqueuse se fragilise, s'irrite. Ces phénomènes peuvent être

responsables de rapports douloureux. Les problèmes sexuels chez la femme ménopausée restent trop souvent tabous. À peu près 1 femme sur 2 de plus de 45 ans souffre de sécheresse vaginale. En plus des traitements hormonaux substitutifs, il peut être opportun d'utiliser un traitement local sans hormones.

→ Système urinaire

Latrophie des muscles du plancher pelvien et des voies urinaires (infectieuses) peut également **favoriser une incontinence.**

On remarque également une **augmentation de la fréquence des infections urinaires.**

→ Vieillesse de la peau

Avec la ménopause, la peau peut s'amincir et perdre son élasticité. Les yeux aussi peuvent être plus «secs». Le taux de testostérone (hormone masculine), contrairement aux taux d'œstrogènes, ne diminue pas aussi brutalement, ce qui peut entraîner:

> **une perte de cheveux**,
> **une augmentation de la pilosité au niveau de la lèvre supérieure**,
> **une peau grasse** (généralement sur la zone T: au niveau du front et du nez).

CONSÉQUENCES

➔ Système cardiovasculaire

Avant la ménopause, les femmes sont relativement protégées des maladies cardiovasculaires par rapport aux hommes, grâce à l'effet protecteur des œstrogènes. Il est possible que la ménopause soit associée à une augmentation du risque de certaines maladies

cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde.

On observe parfois à la ménopause une aggravation de certains facteurs de risque:

- > **augmentation du mauvais cholestérol,**
- > **hypertension artérielle,**
- > **diabète, ...**

➔ Ostéoporose

Les os sont des organes vivants. Ils sont en remodelage permanent via une destruction et une reconstruction osseuses continues.

Les œstrogènes favorisent la reconstruction osseuse et réduisent la destruction de l'os.

À la ménopause, cet effet est perdu, provoquant une **réduction de la densité de l'os et une fragilisation osseuse.**

En conséquence, le risque de fracture, en particulier de la hanche, du poignet ou des vertèbres augmente.

➔ Autres symptômes liés à la ménopause

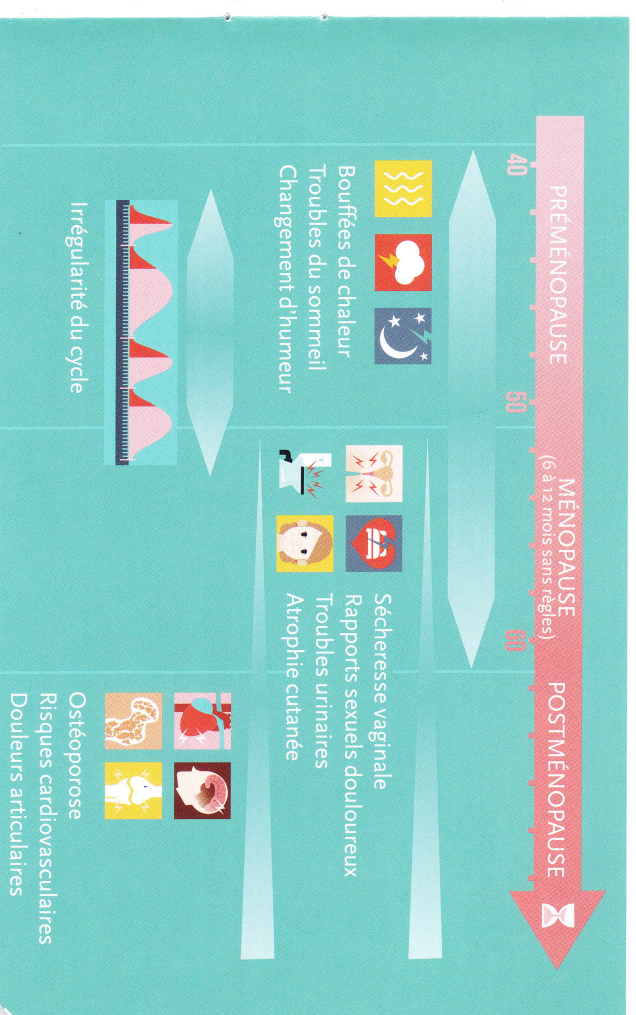
D'autres symptômes, non spécifiques à la ménopause, et parfois oubliés par les médecins, peuvent

survenir à la ménopause: sueurs nocturnes, troubles du sommeil, troubles articulaires...

➔ Conséquences décalées dans le temps

Toutes les conséquences de la ménopause n'apparaissent pas en même temps dès le début de celle-ci. Par ailleurs, certains symptômes peuvent être présents chez certaines femmes et d'autres pas.

Il n'y a pas obligatoirement de lien entre l'apparition de l'un ou l'autre symptôme ou conséquence. Ce n'est pas, par exemple, parce qu'on n'a pas souffert de bouffées de chaleur qu'on ne souffrira pas d'ostéoporose.



TRAITEMENTS

➔ Définition d'un THS

Un traitement hormonal substitutif (THS) va, comme son nom l'indique, permettre de **se substituer aux hormones qui ne sont plus sécrétées naturellement** à partir de la ménopause, en administrant des œstrogènes et de la progestérone sous forme de médicament. Chez les femmes qui ont subi une hystérectomie (ablation de l'utérus), les œstrogènes seuls sont administrés.

➔ Quand faut-il traiter?

Le traitement hormonal substitutif n'est pas utile chez toutes les femmes.

Ce traitement sera discuté avec le médecin en fonction des symptômes, des bénéfices attendus et de l'existence d'éven-

tuels contre-indications. Le traitement hormonal de substitution peut être pris durant plusieurs années, mais uniquement après évaluation des risques et des bénéfices pour la patiente.

➔ Bénéfices rapidement observables

Après quelques semaines, le traitement hormonal substitutif permet généralement:

- > une **réduction des bouffées de chaleur**,
- > une **réduction de l'atrophie vaginale** et des symptômes qui y sont liés,

- > une **diminution de la fréquence des infections urinaires**,
- > une **augmentation de la qualité de vie** avec amélioration du sommeil et des troubles de l'humeur,
- > une **augmentation de la libido**.

➔ Bénéfices à long terme

À plus long terme, les bénéfices du traitement hormonal substitutif sont:

- > **réduction du risque d'ostéoporose et de fractures liées à l'ostéoporose** (hanche, vertèbres...),

- > possible **réduction du risque de cancer du côlon**,
- > possible **réduction du risque de diabète de type 2**,
- > possible **réduction du risque de maladies cardiovasculaires**.

➔ Quels sont les risques éventuels?

Les risques liés à l'administration du traitement hormonal substitutif (THS) dépendent à la fois:

- > **du moment où il est instauré et de l'âge de la patiente** (les risques d'accidents vasculaires sont généralement plus importants chez les patientes plus âgées),
- > **du type de THS utilisé**,
- > **des doses administrées**. On peut citer comme risque éventuel:

- > une **possible augmentation du risque de cancer du sein et de récurrence de cancer du sein**. Ce risque peut être réduit

lors de l'utilisation d'hormones naturelles et de faibles doses d'œstrogènes. Par contre, les préparations à base d'œstrogènes et de progestatifs synthétiques offrent moins de sécurité et leur utilisation doit donc être limitée dans le temps. Discutez-en avec votre médecin.

- > une **possible augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)**.
- > une **possible augmentation du risque de thrombose veineuse**. Les faibles doses d'œstrogènes oraux et la voie transdermique

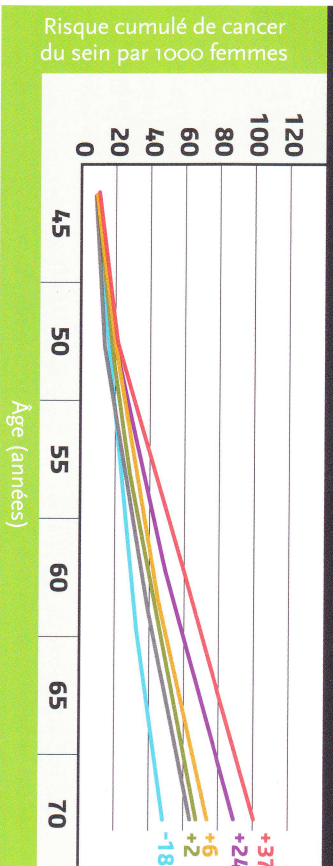
TRAITEMENTS

seront préférées en cas de risque de thrombose veineuse. Discutez-en avec votre médecin.

> **une possible augmentation du risque de pierres à la vésicule.**

Ces risques doivent être évalués au cas par cas et mis en balance avec les bénéfices du traitement et l'importance relative des autres facteurs de risque (consommation d'alcool, surpoids, sédentarité...).

Les facteurs de risque de cancer du sein



Quelles sont les contre-indications?

Comme pour tout médicament, il existe des contre-indications au THS:

> **antécédent personnel de cancer du sein ou cancer hormono-dépendant** (ovaire, endomètre),

> **antécédent personnel de maladie vasculaire de type thrombose veineuse ou embolie pulmonaire, mais aussi infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral.**

Si vous êtes concernée par l'une de ces contre-indications, discutez-en avec votre médecin.

Il pourra peut-être vous proposer une solution alternative.

Voies d'administration

Plusieurs voies d'administration existent pour les THS:

> **voie orale:** comprimés,

> **voie cutanée:** patch, gel...,

> **voie intra-utérine:** stérilet.

Schémas thérapeutiques

Il existe différents schémas d'administration pour les traitements hormonaux substitutifs œstro-progestatifs oraux, recommandés chez les femmes n'ayant pas subi d'hystérectomie:

> **séquentiel**, destiné aux femmes en périménopause: les œstrogènes sont administrés durant les 28 jours du cycle et la progestérone du jour 14 au jour 28. Il n'y a pas d'interruption entre deux plaquettes. La patiente aura ses règles après la prise de progestérone, c'est-à-dire durant les premiers jours du cycle (ou le début de la plaquette suivante).

> **cyclique**, destiné aux femmes en périménopause: les œstrogènes

sont administrés du jour 1 au jour 21 du cycle et la progestérone du jour 7 au jour 21. Le traitement est ensuite stoppé pendant plusieurs jours (en général 7) pour que la patiente ait ses règles.

> **combiné continu**, destiné aux femmes en postménopause: les œstrogènes et la progestérone sont administrés en même temps tout au long du cycle (du jour 1 à 28), sans interruption. Il n'y a dès lors plus de règles. Par contre, les femmes ayant subi une hystérectomie peuvent bénéficier d'un traitement contenant uniquement des œstrogènes. Il est important de suivre les recommandations du médecin.