

LA MÉNOPAUSE DÉMYSTIFIÉE

CET ARTICLE EST BASÉ SUR LE TRAVAIL ORIGINAL DU DOCTEUR ODILE BAGOT
"LA MÉNOPAUSE DÉMYSTIFIÉE : FAITS, MYTHES ET PRISE EN CHARGE"

La ménopause, un enjeu de santé publique

En France, plus de **14 millions de femmes** sont aujourd'hui ménopausées, représentant près de la moitié de la population féminine de plus de 30 ans, selon *l'INSEE*, avec environ 500 000 femmes en transition ménopausique qui s'ajoutent chaque année. À l'échelle mondiale, l'OMS prévoit qu'en 2030, 1,2 milliard de femmes auront plus de 50 ans. Ces chiffres illustrent l'importance de reconnaître la ménopause comme un enjeu majeur de santé publique.

Avec une transition qui peut durer plusieurs années et un impact profond sur la qualité de vie, cette période mérite une attention particulière. Pourtant, elle reste souvent mal comprise, voire stigmatisée. Ce dossier du mois a pour objectif d'éclairer les professionnels de santé et le grand public sur cette étape essentielle, naturelle et complexe de la vie, tout en exposant des informations pratiques pour mieux l'accompagner.

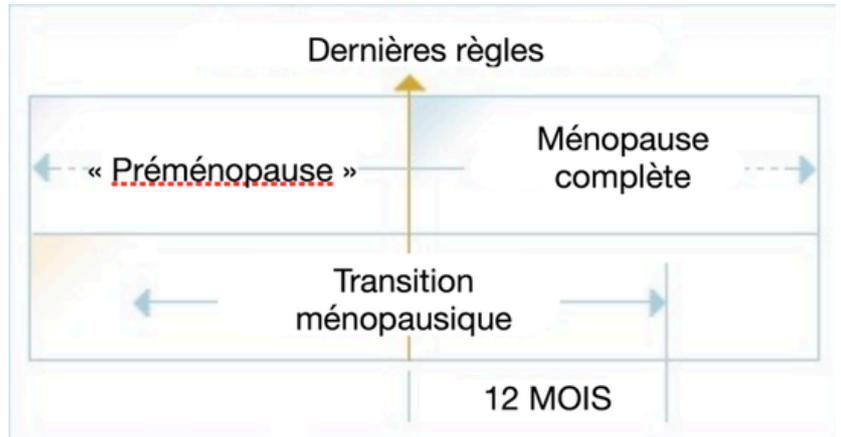
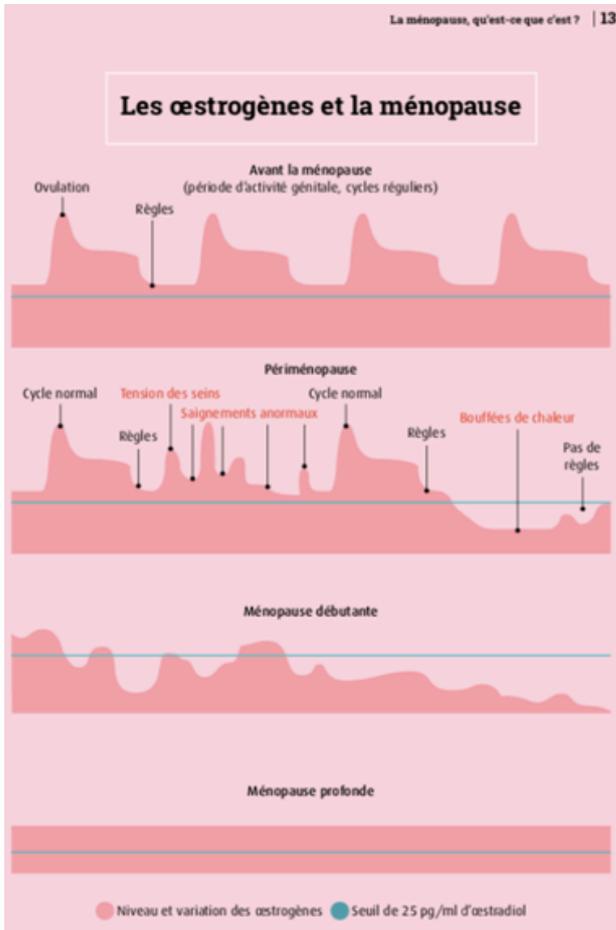
Comprendre la transition ménopausique

La ménopause est précédée par une phase de transition aussi appelée **péri-ménopause**, qui dure en moyenne de **3 à 8 ans** et débute autour de **45,5 ans**. C'est un processus relativement mal connu et de ce fait, mal pris en charge mais il affecte la qualité de vie des femmes de manière non négligeable : identifiée comme la **période de vie la plus difficile des femmes** avec des modifications hormonales majeures.

Sur le plan physiopathologique, la transition ménopausique est le témoin d'une accélération du vieillissement ovarien, entraînant des perturbations importantes :

- Au niveau des **fonctions endocrines**, un déséquilibre oestroprogestatif apparaît.
- Au niveau des **fonctions exocrines**, la qualité intrinsèque des ovocytes diminue progressivement, compromettant leur fécondabilité.

Ces modifications impactent également l'utérus, touchant **l'endomètre et le myomètre**. On observe alors davantage de polypes, le développement d'une adénomyose, d'une hyperplasie de l'endomètre, (souvent observée chez les femmes en surpoids) ou encore des myomes.



Hyperœstrogénie relative par carence en progestérone

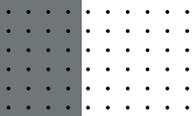
Sur le plan clinique, la transition ménopausique combine deux types d'équilibres :

- **D'hyper-œstrogénie relative** : dues à un déficit en progestérone. Cela se manifestent par des cycles courts, des ménométrorragies, des mastodynies, des troubles de l'humeur, de l'asthénie.
- **D'hypo-œstrogénie** : à l'approche de la ménopause définitive, lié à l'absence d'ovulation, se caractérisant par des cycles longs, des périodes d'aménorrhée, des bouffées de chaleur.

Dans les deux situations, l'hypophyse tente de stimuler l'ovaire en augmentant la sécrétion de FSH. La FSH, dosée en début de cycle, augmente déjà bien avant la ménopause confirmée. Son dosage est donc inutile au diagnostic de la ménopause.

Traitements conventionnels : macroprogestatifs (court terme), progestérone bio-identique, contraception hormonale progestative orale ou intra-utérine par DIU, antihémorragiques (acide tranexamique) et traitement martial en cas d'anémie, hystéroscopie opératoire et méthodes non invasives, chirurgie en dernier recours.

Traitements complémentaires : phytothérapie (gattilier), aromathérapie (marjolaine, mélisse, romarin), homéopathie.



La ménopause

L'âge moyen de la ménopause est de **51 ans**, avec une grande majorité des femmes atteignant cette étape **entre 45 et 55 ans**. Cependant, certaines variations peuvent survenir :

- **Ménopause tardive** : après 55 ans.
- **Ménopause précoce** : avant 40 ans, appelée insuffisance ovarienne prématurée.
- **Ménopause précoce relative** : entre 40 et 45 ans, considérée comme « trop tôt » selon les critères médicaux.

Facteurs Déterminants

- **Facteurs intrinsèques** : d'un point de vue génétique il y a un certain lien avec l'âge auquel la mère a été ménopausée.
- **Facteurs extrinsèques** : des éléments comme le tabagisme, une chimiothérapie ou l'exposition à des polluants environnementaux (perturbateurs endocriniens) peuvent influencer l'âge de survenue de la ménopause.

Physiopathologie

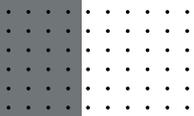
À mesure que la ménopause approche, **les réserves folliculaires ovariennes diminuent** considérablement. Elles passent de plusieurs millions in utero à moins de 1 000 follicules à la ménopause. Cette diminution entraîne un déséquilibre hormonal de la balance oestro-progestative et conséquemment, une augmentation de la FSH, marqueur biologique de la ménopause.

Diagnostic

La ménopause physiologique est définie par **l'absence complète de règles pendant un an**, généralement autour de la cinquantaine. Selon une étude de *l'INSERM (2017)* :

- **80%** des femmes souffrent d'au moins un symptôme supplémentaire à l'aménorrhée (bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, etc.).
- **20 à 25%** des femmes rapportent une altération significative de leur qualité de vie.





Symptômes de la ménopause et répercussions

La ménopause s'accompagne d'une variété de symptômes, dont certains regroupés sous le terme de **troubles climatériques**, qui varient en nature et en intensité.

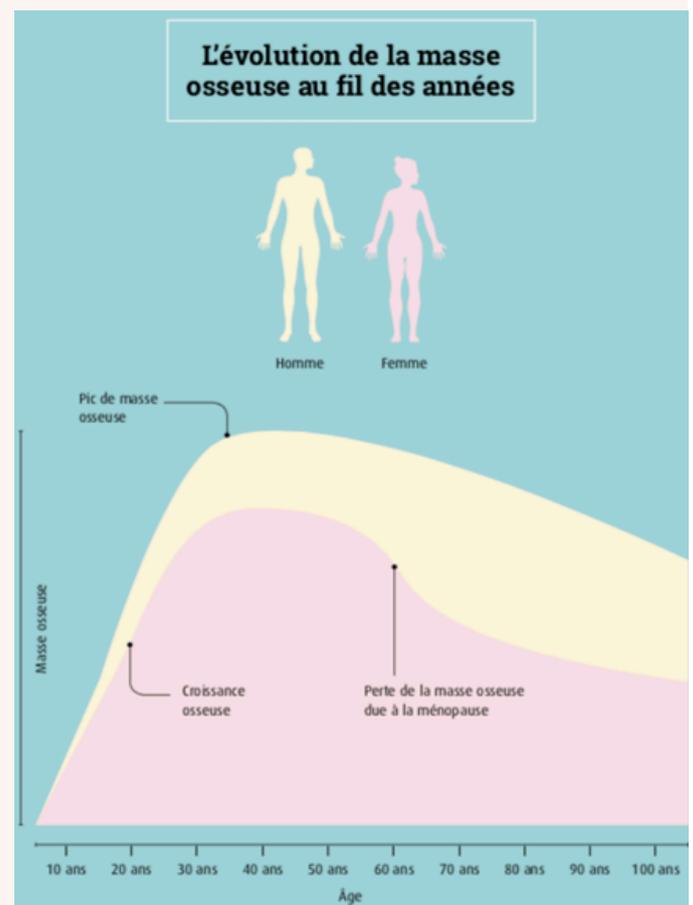
Parmi eux, les plus fréquents sont les **troubles vaso-moteurs** (bouffées de chaleur et sueurs), mais aussi des **perturbations émotionnelles et psychologiques** telles que les troubles de l'humeur et du sommeil. Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM), caractérisé par la **sécheresse vulvo-vaginale**, et ses conséquences notamment sexuelles ainsi que des troubles urinaires, figure également parmi les plaintes fréquentes des femmes.

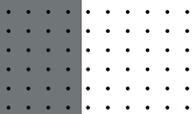
La carence en œstrogènes qui caractérise la ménopause a des conséquences marquées sur plusieurs systèmes :

•**Le système ostéo-articulaire**, avec une perte de densité osseuse favorisant l'ostéoporose donc le risque de fractures. En effet, l'ostéoporose post-ménopausique touche **une femme sur trois après 50 ans**, représentant plus de 5 millions de françaises, et les fractures du col du fémur ainsi que des vertèbres en sont les principales conséquences.

•**Le système cardiovasculaire**, par l'augmentation du risque d'athérosclérose et d'athérome avec comme conséquence une augmentation de l'incidence d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Les œstrogènes transdermiques, lorsqu'ils sont administrés dès le début de la ménopause, peuvent réduire ces risques.

•**Les fonctions cognitives**, avec des troubles de la mémoire et de la concentration, voire une augmentation du risque de maladie d'Alzheimer. En effet, les œstrogènes naturels présents avant la ménopause auraient un effet neuroprotecteur.





Une enquête européenne menée par *Nappi et Nijland (2008)* a permis de mieux comprendre les plaintes exprimées par les femmes :

- **53%** des femmes rapportent des **bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes**.
- **53%** mentionnent une **perte d'intérêt pour la sexualité**, et **34%** font état d'une **baisse de libido**.
- **44%** souffrent de **troubles du sommeil**, tandis que **37%** se plaignent de **troubles de l'humeur**.
- Enfin, **21%** évoquent une **sécheresse vaginale**, responsable entre autres, de dyspareunie.

Ces symptômes, bien que courants, varient en intensité et en impact d'une femme à l'autre, soulignant l'importance d'une prise en charge personnalisée.



Les bouffées de chaleur : prévalence et facteurs favorisants

Les bouffées de chaleur concernent près de **75% des femmes en début de ménopause**. Les symptômes peuvent persister jusqu'à **5 ans pour 50% d'entre elles**. Elles sont exacerbées par des facteurs tels que la chaleur ambiante, la consommation d'alcool, l'obésité et les plats épicés. Sur le plan physiologique, elles sont dues à une modification du centre hypothalamique de régulation thermique, entraînant vasodilatation et sudation afin d'évacuer la chaleur.



Contrairement à certaines idées reçues, l'activité physique n'a pas d'effet direct sur leur réduction. Elles peuvent survenir avec ou sans sudation, être accompagnées d'érythrodermie, et se manifester de jour comme de nuit.

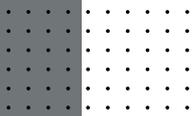
Quand consulter ?

Certaines bouffées de chaleur atypiques nécessitent un avis médical, notamment si elles résistent au traitement hormonal de la ménopause (THM) ou si elles réapparaissent après une période d'accalmie ou si elles sont accompagnées de symptômes comme céphalées, troubles cardiaques ou hypertension.

Ces cas pourraient indiquer des pathologies graves telles qu'hyperthyroïdie, insulino-résistance, anémie, tuberculose ou phéochromocytome.

Prise en charge

Le traitement hormonal est recommandé lorsque les bouffées de chaleur sont invalidantes, en l'absence de contre-indications et avec l'accord de la patiente.



Alternatives au THM :

- Beta-alanine et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ;
- Phytothérapie, aromathérapie, acupuncture ;
- Techniques non médicamenteuses : yoga, méditation pleine conscience.

Phyto-oestrogènes :

Les phyto-oestrogènes, efficaces (+15% par rapport au placebo), se divisent en deux familles principales :

- **Lignanes** : présents dans les graines (lin, tournesol, sésame), céréales complètes, fruits (pommes, cerises), légumes (carottes, fenouil), thé et café.
- **Isoflavones** : trouvées dans le soja, le houblon, les légumineuses (pois chiches, lentilles), et certaines noix.

Les plantes reconnues pour leur activité oestrogénique incluent le soja, le trèfle rouge, le lin, la luzerne, le kudzu, et le fenouil (*rapport AFSAA*).

Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause (SGUM) :

Le SGUM désigne l'ensemble des **troubles urinaires et génitaux** liés à la carence en œstrogènes lors de la ménopause. Cette carence provoque une atrophie des muqueuses, une diminution de la lubrification naturelle, et des modifications de la flore vaginale, ce qui augmente le pH et favorise les infections. Ces changements peuvent entraîner un inconfort intime significatif et altérer la vie sexuelle.

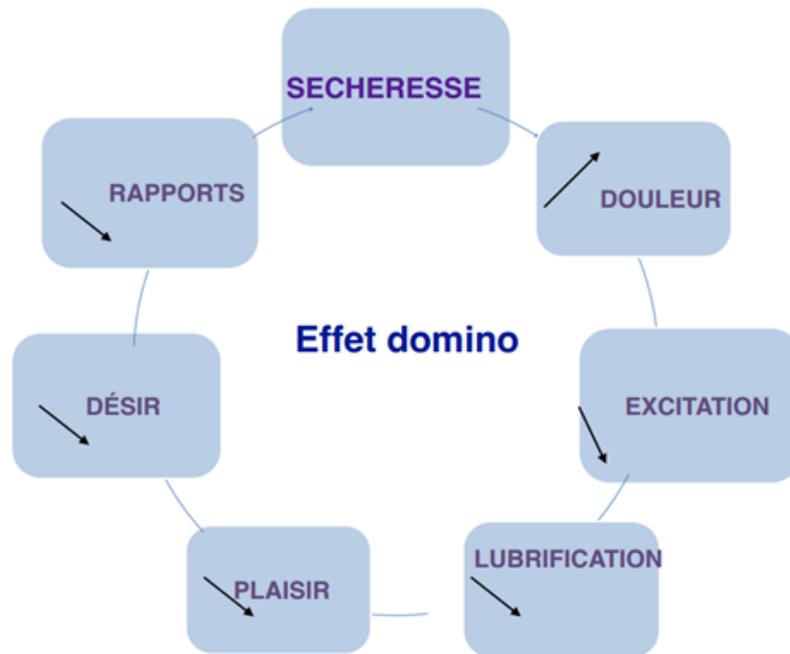
Principaux symptômes :

- Sécheresse vulvo-vaginale : inconfort et douleurs pendant les rapports.
- Troubles urinaires : cystites récidivantes et incontinence.
- Relâchement périnéal : pouvant laisser apparaître un prolapsus.

Conséquences :

- Réduction de la transsudation vaginale.
- Diminution et retard de la lubrification.
- Diminution des lactobacilles, augmentant le PH vaginal et favorisant les vaginoses.

Prise en charge : œstrogènes locaux, probiotiques, soins non hormonaux, traitements physiques ou encore laser CO2 fractionné.



Le traitement hormonal de la ménopause

Synthèse des recommandations pour la pratique clinique parues en mars 2021 dans *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*.

THM, risques de cancer du sein et risque vasculaire :

- Sous réserve d'utiliser la progestérone bio-identique (progestérone micronisée), le THM n'augmente pas le risque de cancer du sein les 5 premières années d'utilisation. Sur-risque X 1,1 à 1,2 au-delà.
- Sous réserve d'utiliser des œstrogènes bio-identiques (17B Estradiol) par voie transdermique, le THM n'augmente pas le risque vasculaire.

THM, autres cancers et mortalité globale :

- Le THM augmente le risque relatif de cancer de l'ovaire d'un facteur multiplicatif de 1,5.
- Il diminue le risque relatif de cancer du colon, du pancréas, de l'œsophage.
- Il diminue la mortalité globale.

Bénéfices du THM :

Il a montré son efficacité sur les troubles vasomoteurs et le syndrome génito-urinaire de la ménopause. Il diminue les risques cardiovasculaires et ostéoporotiques.

Conclusion : la Ménopause, une tranche de vie à accompagner

La ménopause, bien qu'étant une étape naturelle de la vie, n'en reste pas moins marquée par des symptômes qui impactent profondément la qualité de vie et la santé des femmes. Elle offre toutefois une opportunité précieuse de repenser sa santé dans une démarche globale et intégrative.

Cette période de transition peut devenir un moment clé pour renforcer les soins gynécologiques, mais aussi pour prêter attention aux aspects psychologiques, sexuels, sociaux et culturels qui influencent le bien-être. Intégrer ces dimensions permet de mieux vivre la ménopause et d'en faire une étape de renouveau personnel.

En parallèle, la prévention des pathologies liées à l'âge, comme l'ostéoporose ou les maladies cardiovasculaires, est essentielle pour préserver une santé optimale à long terme. Avec une prise en charge adaptée et une approche individualisée, la ménopause peut être transformée en une période d'épanouissement et de redéfinition de soi.



Zoom sur le Docteur Odile BAGOT : une experte incontournable en santé féminine

Spécialiste reconnue, le Docteur Odile BAGOT démystifie la ménopause dans son ouvrage : **« Ménopause, pas de panique ! »**.

La nouvelle édition enrichie de ce guide essentiel sera disponible en mai 2025 chez Mango. Une lecture incontournable pour mieux comprendre et appréhender cette phase de vie avec sérénité.

Nous tenons également à remercier madame BAGOT pour son travail, ses recherches ainsi que sa présentation **« La ménopause démystifiée : faits, mythes et prise en charge »**.