



Fiches d'information

Une brochure

l'Association suisse

Société

d'endocrinologie

gynécologique et

de ménopause

Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
administration@meno-pause.ch
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Mai 2022

Les droits d'auteur de tous les textes, images et autres informations sont d'Ã©tenus par les propriÃ©taires des droits.

TABLE DES MATIÈRES



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Termes relatifs à la ménopause	1
Traitements alternatifs des symptômes de la ménopause	3
Androgénisation	4
Plancher pelvien, faiblesse de la vessie et troubles génitaux	5
Hormones bio-identiques	6
Troubles hémorragiques de la ménopause	8
Cancer du sein	9
Changement de poids en péri- et post-ménopause	10
Peau et cheveux à la ménopause	12
Maladies cardiovasculaires	14
Désir d'enfant et contraception	15
Syndrome climatérique	17
Cognition et démence	18
Ostéoporose post-ménopausique	19
Insuffisance ovarienne prématurée	21
Le psychisme à la ménopause	22
Sécheresse vaginale	24
La sexualité à la ménopause	25
Symptômes et plaintes	27
Traitement des symptômes de la ménopause	28
Transgenre	29
La contraception à la ménopause	30
Prévention du cancer du côlon	32
Ménopause précoce	33



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Prof. Dr. med. M. Litschgi
FMH Gynécologie et obstétrique
Tachlisbrunnen 33a
8400 Winterthur

Le terme ménopause est composé des mots grecs "Mens" et "Pausis" et signifie l'arrêt des menstruations.

En principe, il convient de noter que la ménopause est un événement physiologique naturel dans la vie d'une femme. Elle signale la fin irrévocable de la capacité de reproduction et fait donc partie intégrante du processus de vieillissement. De nombreuses femmes ayant une ménopause naturelle ne la perçoivent pas de manière négative. En revanche, les femmes souffrant d'une ménopause d'origine chirurgicale sont beaucoup plus affectées.

L'attitude vis-à-vis de la ménopause a également une influence sur la perception et l'intensité des symptômes climatériques et, bien entendu, sur la qualité de vie. Le tout dépend entre autres de facteurs contextuels culturels et sociaux.

DÉFINITIONS

1. Ménopause naturelle

La ménopause signifie l'arrêt définitif des menstruations. C'est la conséquence de la perte d'activité des follicules ovariens et donc du vieillissement des ovaires. Selon la définition de l'OMS, la survenue de la ménopause naturelle est définie par une période de 12 mois sans saignements. Cette "dernière" période ne peut toutefois être identifiée rétrospectivement comme "dernière" menstruation qu'après une année sans saignement.

2. Période de transition de la ménopause

La période de transition ménopausique est la période de 4 à 8 ans de changement hormonal jusqu'aux dernières menstruations.

3. Périménopause

La périménopause comprend la période précédant immédiatement la ménopause avec l'apparition des signes cliniques typiques de l'altération imminente et la première année après la ménopause (= dernières règles).

4. Climatère

Le terme de climatère désigne le passage de la phase fertile à la phase infertile de la vie de la femme. Le climatère inclut la périménopause.

5. Syndrome climatérique

Le syndrome climatérique comprend de nombreux symptômes caractéristiques, qui ne se manifestent toutefois pas nécessairement chez toutes les femmes.

6. Préménopause

Le terme de préménopause décrit toute la phase de vie reproductive à partir de la 1. saignement menstruel (ménarche) jusqu'à la phase de transition ménopausique.

7. Post-ménopause

La postménopause comprend la phase de vie à partir des dernières menstruations, que la ménopause soit spontanée ou induite.

8. Sénat

La sénescence commence à partir de 65 ans.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Prof. Dr. med. M. Litschgi
FMH Gynécologie et obstétrique
Tachlisbrunnen 33a
8400 Winterthur

9. Ménopause précoce

Dans la pratique, on parle de ménopause précoce lorsque les menstruations cessent avant l'âge de 40 ans. Environ 1 % des femmes sont concernées. Les raisons d'une ménopause précoce restent inexpliquées dans environ 75% des cas. L'ablation chirurgicale des ovaires, les chimiothérapies ou les radiothérapies des ovaires peuvent entraîner une ménopause prématurée, généralement définitive. Dans environ 10% des cas de ménopause précoce, des troubles génétiques sont présents. Par ailleurs, des maladies auto-immunes peuvent également être à l'origine d'une modification précoce. De tels processus auto-immuns peuvent également toucher d'autres glandes productrices d'hormones, comme la thyroïde et les glandes surrénales.

10. Ménopause précoce

survenue de la ménopause avant 45 ans. Environ 5% des femmes sont concernées.

11. Ménopause tardive

survenance des dernières règles à l'âge de 56 ans et plus

12. Ménopause induite

Arrêt définitif des règles suite à l'ablation chirurgicale des deux ovaires ou à la suite d'une perte de l'activité ovarienne suite à une chimiothérapie ou d'une radiothérapie.

13. Âge de la ménopause

L'âge moyen de la ménopause est d'environ 51 ans. L'intervalle de confiance de 95% se situe entre 45 et 55 ans. L'ensemble du processus de modification dure entre dix ans et plus. Par rapport à la durée de vie totale, la fin de la capacité de reproduction intervient nettement plus tôt chez l'homme que chez les autres mammifères, par exemple. En règle générale, la phase reproductive est maintenue jusqu'à la mort chez les animaux sauvages. Des exceptions sont observées chez les animaux en captivité ou chez certains animaux domestiques.

ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis le 19e siècle. Aujourd'hui, elle est de 85,1 ans pour les femmes. D'un autre côté, l'âge moyen de la ménopause est resté relativement stable depuis plus d'un siècle environ, à 51 ans. Aujourd'hui, une femme vit donc plus de 30 ans en postménopause, c'est-à-dire qu'un tiers de la durée de vie totale de la femme se situe dans cette période.

Le vieillissement de notre société et l'augmentation des espérances de vie font que la proportion de femmes ménopausées dans la population européenne est passée de 15% en 1990 à plus de 25% en 2010. Il en résulte de nombreux problèmes de santé publique et économiques.

Traitements alternatifs des symptômes de la ménopause



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Clinique d'endocrinologie
de la reproduction Hôpital
universitaire de Zurich
Frauenklinikstrasse 10 CH-8091
Zurich

Pour toutes les femmes qui décident de ne pas suivre un traitement hormonal de substitution (THS) ou qui ne peuvent pas le faire pour des raisons médicales, il existe des possibilités de traitement alternatif.

Toutes les stratégies de traitement alternatif peuvent tout à fait soulager les troubles légers à modérés de la ménopause. Cependant, elles ne suffisent souvent pas pour les troubles sévères. Il est important de noter que les méthodes de traitement alternatives ne permettent de traiter que les symptômes aigus de la ménopause, et non les conséquences à long terme d'une carence en œstrogènes, comme l'ostéoporose par exemple.

Malheureusement, de nombreuses possibilités de traitement dans le domaine de la phytothérapie, de l'homéopathie, de la médecine anthroposophique et de la médecine traditionnelle n'ont pas ou peu fait l'objet d'études scientifiques quant à leur efficacité et à leur utilité éventuelle. De même, les effets indésirables et les risques sont en partie mal connus et peu garantis.

Dans le domaine des traitements alternatifs, les plus utilisés sont les suivants : Les thérapies corps-esprit, les thérapies cognitivo-comportementales, l'entraînement à la pleine conscience, l'hypnose, le yoga, le qigong, le training autogène et les méthodes de relaxation ainsi que l'acupuncture.

Dans le domaine de la phytothérapie, il existe plus de 300 plantes auxquelles on attribue une influence apaisante sur les troubles de la ménopause, notamment les bouffées de chaleur. Parmi les produits phytothérapeutiques les plus connus, on trouve l'actée à grappes, la sauge, la rhubarbe sibérienne et les extraits de pollen. Parmi ces produits, l'actée à grappes noires (*Cimicifuga racemosa*) est celle dont l'efficacité a été la plus étudiée et qui peut également être utilisée chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. De même, le millepertuis (*Hypericum perforatum*) représente une possibilité de traitement efficace pour les patientes atteintes d'un cancer du sein et souffrant de bouffées de chaleur. Il faut toutefois faire attention aux interactions possibles avec le traitement oncologique avant le début du traitement.

Il convient de distinguer les œstrogènes végétaux (phyto-œstrogènes) des produits phytothérapeutiques. Il s'agit principalement des produits à base de soja et de trèfle rouge, qui contiennent des isoflavones comme substance active. Les phytoestrogènes peuvent être administrés via l'alimentation ou sous forme de compléments alimentaires. Dans ce contexte, il est important de faire la distinction entre les compléments alimentaires et les médicaments/médicaments. Pour être autorisés par Swissmedic, les médicaments doivent passer par un processus complexe au cours duquel l'efficacité et la sécurité d'un médicament doivent être prouvées. Ces obligations légales n'existent pas pour les compléments alimentaires !

Parmi les approches thérapeutiques alternatives, on compte également des pharmacothérapies non hormonales, comme les antidépresseurs et les anticonvulsivants. La venlafaxine (médicament pour le traitement de la dépression et des troubles anxieux, IRSN), la fluoxétine (médicament pour le traitement de la dépression, IRS) et la gabapentine (médicament pour le traitement de l'épilepsie) en sont des exemples. Ces médicaments sont surtout utilisés chez les patientes qui ne peuvent pas prendre de THS, une information sur l'utilisation dite "off label" doit être fournie.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. U. Gobrecht-Keller
Institut de médecine de la
reproduction et d'endocrinologie
gynécologique
Université de Bâle
Vogesenstrasse
134 4031 Bâle

Les androgènes sont des hormones sexuelles masculines qui donnent à l'homme son apparence typique. Les androgènes ne sont toutefois pas uniquement produits par l'homme - la femme produit également des hormones masculines dans une moindre mesure. Le taux normal de testostérone dans le sang d'une femme sexuellement mûre ne représente qu'un dixième environ du taux de testostérone masculin. Chez la femme, la production d'androgènes a lieu dans le cortex surrénalien et dans les ovaires. Les androgènes servent de précurseurs à la production d'œstrogènes chez la femme, ils ont en outre une influence sur la musculature, la répartition des graisses ainsi que sur la sexualité, les performances générales et le bien-être. Un excès d'hormones masculines (= androgénisation) entraîne toutefois chez la femme une augmentation de la pilosité (hirsutisme), de l'acné, une chute des cheveux (alopécie) et, lorsque l'effet des androgènes est encore plus prononcé, ce qu'on appelle la virilisation : augmentation de la taille du clitoris, voix plus grave, augmentation de la masse musculaire.

Ces "phénomènes de masculinisation" ne sont pas seulement gênants pour de nombreuses patientes, ils doivent également faire l'objet d'un examen médical afin de trouver les maladies sous-jacentes. L'excès d'hormones masculines est souvent dû à un syndrome PCO (syndrome des ovaires polykystiques), rarement à des déficits enzymatiques du cortex surrénalien ou à des tumeurs des ovaires.

Plus tard dans la vie d'une femme, pendant la ménopause, un déséquilibre hormonal peut parfois entraîner des manifestations légères d'androgénisation en raison d'une diminution plus importante des œstrogènes par rapport aux androgènes dans le sang.

Dans le cas du syndrome des OMP (jusqu'à 13% des femmes en âge de procréer), les symptômes de virilisation ne sont souvent que la partie émergée de l'iceberg. Des troubles métaboliques, tels que l'obésité et la résistance à l'insuline, ainsi qu'un risque accru de cancer de l'utérus, sont souvent associés au syndrome des ovaires polykystiques et nécessitent un diagnostic et un traitement spécialisés.

Un interrogatoire et un examen physique précis de la patiente sont nécessaires pour en déterminer les causes. Des prises de sang et certains tests hormonaux fonctionnels ainsi que l'imagerie permettent de poser un diagnostic et d'exclure les processus malins.

Dans le cas des tumeurs produisant des hormones, le traitement de l'androgénisation consiste naturellement à les éliminer. D'autres causes (p. ex. le syndrome PCO, le déséquilibre hormonal de la ménopause) peuvent être traitées par des hormones qui inhibent la formation ou l'action des androgènes.

En cas de pilosité masculine excessive, un traitement chez le dermatologue, par exemple par thérapie au laser, peut également apporter une solution. L'acné peut être soulagée par différentes préparations qui réduisent la production de sébum et ont un effet anti-inflammatoire sur les glandes sébacées.

Plancher pelvien, faiblesse de la vessie et troubles génitaux



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Pendant la ménopause, le taux d'œstrogènes diminue. Cela a pour conséquence une diminution de la production de sécrétions vaginales et des bactéries lactiques protectrices. La peau du vagin s'amincit et devient plus sensible, la circulation sanguine se détériore et les tissus perdent leur élasticité. 45 à 63% de toutes les femmes ménopausées déclarent des symptômes tels qu'une sensation de sécheresse, des démangeaisons vaginales, des brûlures, des douleurs lors des rapports sexuels ainsi que des infections urinaires récurrentes, une augmentation de l'envie d'uriner et des mictions fréquentes. Contrairement aux bouffées de chaleur, celles-ci ont tendance à augmenter avec l'âge et l'éloignement de la ménopause. Cela signifie qu'un traitement continu est nécessaire.

Souvent, un cercle vicieux se développe : sécheresse vaginale, douleurs lors des rapports sexuels et absence de plaisir. La qualité de vie et la vie sexuelle peuvent s'en trouver fortement réduites.

Il existe de nombreuses préparations non hormonales (gels et crèmes) en vente libre pour le traitement de la sécheresse vaginale. En outre, de nombreuses préparations hormonales vaginales différentes sont disponibles sous forme de comprimés, de suppositoires, de gel et de crèmes. La forme locale de l'hormonothérapie agit presque exclusivement sur place, au niveau du vagin, des lèvres et de l'urètre/de la vessie, raison pour laquelle il ne faut pas s'attendre à un effet notable sur l'ensemble du corps. Elles sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoires. Depuis quelques années, une thérapie vaginale au laser est également utilisée avec succès. Celle-ci n'est toutefois pas encore remboursée par les caisses d'assurance maladie. Selon les directives actuelles des sociétés allemande, suisse et autrichienne de gynécologie et d'obstétrique, publiées en 2020, la thérapie œstrogénique vaginale peut améliorer les fuites urinaires chez les femmes ménopausées.

Le plancher pelvien, en tant que structure de muscles, de ligaments et de nerfs, est responsable du maintien des organes pelviens - vessie, utérus, intestins et vagin - à l'intérieur du bassin et de la continence urinaire et fécale. En cas de faiblesse de la vessie, la rééducation du plancher pelvien, le Pilates ou la kinésithérapie du plancher pelvien en séances individuelles sont d'une bonne aide en combinaison avec une œstrogénothérapie vaginale.

Pour éviter une forte concentration de l'urine et prévenir ainsi les infections, la quantité de boisson par jour devrait se situer entre 1500 et 2000 ml. Le site Internet de la Société suisse d'incontinence est très utile :

www.inkontinenz.ch/inkontinenz

Auteur:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Clinique d'endocrinologie
de la reproduction Hôpital
universitaire de Zurich
Frauenklinikstrasse 10 CH-8091
Zurich



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Prof. Dr. med. P. Stute
Clinique gynécologique
de l'Hôpital de l'Ile
19, rue Friedbühl
3010 Berne

L'hypothèse est que les hormones bio-identiques (BIH) sont particulièrement efficaces et bien tolérées, car elles sont identiques aux hormones produites par le corps. Leur utilisation ne comporterait aucun risque. Vérité ou bon marketing ?

Que sont les hormones bio-identiques ?

Par BIH, on entend des hormones produites à partir de plantes qui sont chimiquement similaires ou structurellement identiques aux hormones produites par le corps humain. L'accent est mis ici sur "structurellement identique" et non sur la source "végétale", car de nombreuses hormones non bio-identiques sont également produites à partir de plantes (igname, soja). La catégorie des BIH comprend aussi bien les médicaments hormonaux réglementés par les autorités (Swissmedic, etc.) que les préparations hormonales fabriquées par les pharmacies correspondantes (compounding pharmacy) sur la base d'une prescription individuelle établie par le médecin (*en anglais* compounded preparation). En Suisse, la progestérone micronisée, l'œstradiol 17bêta et l'œstriol font partie des BIH réglementés par les autorités dans le contexte du traitement hormonal de substitution. Les BIH doivent également être synthétisés,

c'est-à-dire que l'effet ne peut pas être obtenu en consommant directement les plantes, par exemple.

Conclusion : les hormones bio-identiques sont chimiquement identiques aux hormones produites par le corps humain.

Vers l'histoire

L'une des conséquences de la Women's Health Initiative américaine a été que les hormones non bio-identiques utilisées dans l'étude ont été déclarées "coupables" des résultats négatifs. Les IHB ont été promues comme une meilleure alternative, dont il existait à l'époque - contrairement à l'Europe - peu de préparations autorisées par la FDA aux Etats-Unis. De plus, la situation légale s'est avérée favorable : avec l'argument que les hormones à base naturelle entrent dans la catégorie des

Les plantes/herbes (*en anglais* herbs) tombent et sont absorbées par la peau (transdermique).

Les hormones administrées par voie orale sont classées parmi les compléments alimentaires (*en anglais* supplements) conformément au Dietary Supplement Health and Education Act (1994) et sont donc exemptées des obligations de la FDA (preuve d'efficacité et de sécurité). Cette exemption de la compétence de la FDA implique en outre qu'il n'est pas nécessaire de mentionner des contre-indications ou des avertissements ("black box warning") dans la notice d'emballage, par exemple. C'est l'une des raisons de la propagation de l'application transdermique de la BIH. La problématique du traitement par BIH ne réside donc pas dans ses stoffes de contenu, mais dans la formulation individuelle des hormones. Comme les mélanges d'hormones sont préparés individuellement dans les pharmacies, il n'existe en conséquence aucune étude sur l'efficacité et la sécurité. La FDA et l'Endocrine Society attribuent donc le terme "thérapie hormonale bio-identique" au marketing et non à une forme de thérapie basée sur des preuves scientifiques.

Conclusion : le terme de "thérapie hormonale bio-identique" relève du marketing.

Efficacité de la BIH

Les bouffées de chaleur péri- et post-ménopausiques sont l'une des indications d'un traitement hormonal substitutif (THS). La question se pose donc de savoir dans quelle mesure les BIH, et plus précisément l'œstradiol et la progestérone, peuvent réduire les bouffées de chaleur. Comme de nombreuses préparations de THS contenant de l'œstradiol sont autorisées par les autorités nationales et



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Prof. Dr. med. P. Stute
Clinique gynécologique
de l'Hôpital de l'Île
19, rue Friedbühl
3010 Berne

internationales de contrôle des médicaments, leur efficacité sur les bouffées de chaleur est considérée comme acquise. La progestérone seule pour le traitement des bouffées de chaleur de la ménopause n'a été étudiée que dans quelques études, mais avec succès.

Sécurité de BIH

Chez les femmes ayant un utérus, l'administration d'un progestatif est indiquée dans le cadre d'un THS aux œstrogènes pour protéger la muqueuse utérine. Dans ce contexte, la progestérone est autorisée sous forme de capsules à avaler. L'administration vaginale de progestérone est également sûre et efficace, pour autant que l'on sache. En revanche, la progestérone transdermique ne garantit pas la protection de la muqueuse utérine !

Conclusion : sur la base de l'anamnèse et des symptômes, il convient de présenter les options thérapeutiques possibles en cas de troubles de la ménopause (médecine alternative et complémentaire, pharmacothérapie non hormonale, différentes thérapies hormonales de substitution). Si une femme souhaite utiliser des hormones bio-identiques à action systémique, il convient de choisir en premier lieu une préparation autorisée par Swissmedic (progestérone micronisée par voie orale, 17bêta-estradiol par voie orale/transdermique, estriol par voie orale). En cas d'intolérance aux préparations autorisées ou si tous les symptômes ne peuvent pas être traités par les préparations autorisées par Swissmedic, une prescription individuelle peut être utile. Il faut toutefois préciser qu'aucune donnée de sécurité n'est disponible pour le produit individuel. La plupart du temps, plusieurs séances sont nécessaires.

Troubles hémorragiques de la ménopause



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Les troubles hémorragiques de la ménopause font partie des motifs de consultation les plus fréquents des médecins pour les femmes ménopausées. Durant cette phase de la vie, les cycles peuvent varier considérablement en longueur, en intensité et en durée, et être éventuellement associés à des saignements intermédiaires. La cause principale de ces saignements dits dysfonctionnels est généralement un déséquilibre entre les hormones sécrétées par les ovaires, l'œstrogène et la progestérone, qui va de pair avec l'arrêt progressif de la fonction ovarienne.

Par mesure de sécurité, il convient toutefois de toujours exclure les causes organiques telles que les excroissances bénignes de la muqueuse utérine, appelées polypes, ou les tumeurs bénignes de la musculature utérine, appelées myomes, ou encore les modifications malignes.

Il convient donc de procéder à un examen gynécologique comprenant une échographie, une mise à jour du frottis de dépistage du cancer, des frottis infectieux ainsi que, le cas échéant, un test de grossesse et d'autres analyses de laboratoire.

En fonction des résultats obtenus, il est possible de décider avec le médecin traitant s'il est judicieux de recourir à un traitement médicamenteux ou à une intervention chirurgicale. Si l'échographie est normale et que d'autres causes organiques de saignement ont été exclues, différentes options non hormonales et hormonales sont disponibles. Les options non hormonales comprennent l'utilisation d'acide méfénamique ou d'acide tranexamique. Les options thérapeutiques hormonales comprennent la prise continue ou adaptée au cycle d'hormones du corps jaune, la pose d'un stérilet hormonal dans la cavité utérine ou l'utilisation d'injections intramusculaires à libération prolongée. En cas de non-réponse au traitement médicamenteux dans les trois mois, il convient de procéder à des examens complémentaires.

En cas de muqueuse utérine anormale à l'échographie, il est généralement recommandé de procéder à une hystérocopie, combinée à un grattage (curetage) et éventuellement à l'utilisation d'une écharpe électrique pour éliminer la lésion. La cause du trouble hémorragique est ainsi éliminée et le tissu peut être soumis à un examen tissulaire afin d'exclure toute modification maligne. D'autres alternatives chirurgicales en cas de troubles hémorragiques de la ménopause sont la sclérose de la muqueuse utérine au moyen d'une anse électrique ou de méthodes thermiques. Si des myomes sont à l'origine des troubles hémorragiques, on peut également envisager, selon leur localisation, une endoscopie de l'utérus ou une laparoscopie, ainsi que des alternatives telles que l'embolisation des myomes, qui permet d'obturer de manière ciblée les vaisseaux sanguins alimentant le myome à l'aide d'une technique mini-invasive, ou les ultrasons focalisés, qui permettent de traiter le myome par une chaleur ciblée. Enfin, pour compléter les possibilités chirurgicales, il convient de mentionner l'ablation chirurgicale de l'utérus, qui peut être réalisée par laparoscopie ou par incision abdominale, dans la mesure où les thérapies susmentionnées n'ont pas permis d'améliorer les symptômes.

Auteur:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Clinique d'endocrinologie de
la reproduction
Hôpital universitaire de
Zurich Frauenklinikstrasse
10 CH-8091 Zurich



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le risque augmente avec l'âge. Ainsi, sur 1000 femmes actuellement âgées de 50 à 54 ans, environ 14 femmes recevront un premier diagnostic de cancer du sein dans les cinq prochaines années. Il s'agit donc du risque de base lié à l'âge.

Il existe par ailleurs d'autres facteurs de risque pour le cancer du sein, qui peuvent être congénitaux ou acquis.

Parmi les facteurs de risque congénitaux, on compte par exemple une prédisposition génétique/familiale, une ménarche précoce (premières règles dans la vie d'une femme) ou un tissu mammaire dense à la mammographie. Parmi les facteurs de risque acquis, on trouve par exemple le surpoids/l'obésité, le manque d'activité physique et l'alcool.

L'influence d'un traitement hormonal substitutif (THS) complet (systémique) pendant la ménopause sur le risque de cancer du sein dépend de la composition exacte du THS.

Ainsi, sous un traitement uniquement à base d'œstrogènes, le risque de cancer du sein est réduit. Pour s'en tenir à notre exemple de calcul, si 1000 femmes ménopausées sont traitées pendant 7,5 ans avec une préparation à base d'œstrogènes uniquement, le premier diagnostic de cancer du sein sera posé chez 4 femmes de moins (!) que prévu au cours de cette période.

La situation est différente pour les préparations œstroprogestatives : Si 1000 femmes ménopausées sont traitées pendant 7,5 ans avec une préparation œstroprogestative, 5 femmes supplémentaires (!) recevront un premier diagnostic de cancer du sein pendant cette période. Il en va de même pour les préparations œstroprogestatives bio-identiques, sauf que, d'après ce que l'on sait, le risque commence à augmenter un peu plus tard.

D'ailleurs, un traitement uniquement à base d'œstrogènes n'est possible qu'après l'ablation de l'utérus ; sinon, il faut toujours ajouter une hormone du corps jaune (progestérone) au traitement à base d'œstrogènes pour protéger la muqueuse utérine.

Outre les préparations hormonales classiques, il en existe d'autres, par exemple la tibolone. Il s'agit d'une hormone artificielle utilisée pour traiter les troubles de la ménopause et associée à une réduction du risque de cancer du sein.

Une œstrogénothérapie vaginale locale pour traiter la sécheresse vaginale, -En revanche, les démangeaisons ou les brûlures n'ont aucune influence sur le risque de cancer du sein. Si une femme est déjà atteinte d'un cancer du sein, il est déconseillé de suivre un THS.

Auteur:
Prof. Dr. med. P. Stute
Clinique gynécologique
de l'Hôpital de l'Ile
19, rue Friedbühl
3010 Berne



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

Facteurs d'influence et thérapie :

La prise de poids, le surpoids voire l'obésité sont des problèmes fréquents chez les femmes autour et après la ménopause. Les changements hormonaux, d'une part, et les facteurs physiques et psychosociaux, d'autre part, y contribuent. À cela s'ajoutent généralement un manque d'activité physique évident ainsi que des habitudes alimentaires inadéquates dans ce groupe d'âge.

L'obésité est considérée par l'OMS comme "l'épidémie du 21^e siècle". Dans ce contexte, on observe des tendances à la hausse de l'IMC (indice de masse corporelle) dans le monde entier. Le manque d'activité physique, la malnutrition et les facteurs psychosociaux en sont les principales causes.

L'obésité est un facteur de risque indépendant pour les maladies coronariennes et contribue au développement du diabète de type 2, de l'hypertension artérielle et des cancers. Les femmes en surpoids présentent également un risque accru de cancer du sein et de l'utérus.

La ménopause : période à risque pour la prise de poids :

La ménopause est considérée comme une phase critique de la vie pour le développement du surpoids et de l'obésité (outre la petite enfance, la puberté, la grossesse). La diminution des hormones féminines semble avoir différentes influences sur la prise alimentaire, mais aussi sur l'expression de l'activité physique. La diminution de l'action des hormones augmente le risque de prise de poids. Outre les hormones, le vieillissement joue un rôle important, car la masse musculaire diminue et, par conséquent, le métabolisme de base et les besoins énergétiques. Les changements sociaux peuvent avoir une influence non négligeable. La modification des conditions de vie à la ménopause peut entraîner des situations de stress avec une charge psychique accrue. Des changements et des troubles de l'humeur, avec des états dépressifs ou dépressifs-anxieux, peuvent en être la conséquence et avoir des répercussions négatives sur le comportement alimentaire et l'activité physique.

Par ailleurs, on trouve des taux de cholestérol plus élevés chez les femmes ménopausées que chez les hommes du même âge. La fréquence du diabète de type 2 est plus élevée chez ces femmes. Plusieurs études montrent que les œstrogènes jouent un rôle central dans ce phénomène. Avec l'âge, le tissu adipeux s'accumule également dans la région abdominale. Cette accumulation de graisse viscérale est plutôt progressive chez les hommes et se modifie souvent brutalement chez les femmes en raison de la ménopause. Des interventions à court terme avec un traitement hormonal substitutif (THS) peuvent aider à maintenir la masse musculaire et à réduire l'accumulation de graisse. Il ne faut toutefois pas négliger d'autres interventions efficaces (alimentation saine, augmentation de l'activité physique).

IMPORTANT : il n'est pas rare qu'un THS destiné au traitement des symptômes de la ménopause ou à la prévention de l'ostéoporose postménopausique soit associé à une éventuelle prise de poids, ce qui a pourtant été contredit par toutes les études menées jusqu'à présent. Au contraire, un THS stabilise le poids corporel, alors que les femmes qui n'utilisent pas de THS prennent plus de poids.

Dans une étude de 5 ans portant sur 535 femmes, un groupe de recherche a montré qu'il était possible de prévenir avec succès la prise de poids et de tour de taille pendant la phase péri- ou post-ménopausique chez les femmes en bonne



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

santé, lorsqu'un changement de mode de vie à long terme est envisagé avec une intensification de l'activité physique et un changement d'alimentation. L'augmentation de l'activité physique permet de préserver la masse musculaire (lean-body mass), qui assure essentiellement la combustion des calories.

Thérapie - changement d'alimentation et exercice physique :

La prise de poids commence souvent avant la ménopause. Le métabolisme de base, c'est-à-dire l'énergie dont le corps a besoin au repos pour maintenir ses fonctions, diminue avec le vieillissement. Ainsi, les besoins énergétiques diminuent, mais les besoins en protéines, vitamines et minéraux ne changent guère. Il convient donc de veiller à une alimentation équilibrée, riche en nutriments et pauvre en graisses, qui couvre tous les macro et micronutriments. Outre le poids, cela a également un effet positif sur les lipides sanguins, le métabolisme osseux et le risque de diabète. Une activité physique régulière est tout aussi importante que l'alimentation.

Lorsque la femme vient consulter un nutritionniste, il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre la cliente et le conseiller pour que la collaboration soit bonne et fructueuse.

Les attentes, la motivation et les objectifs sont clarifiés. La plupart du temps, il s'avère que la modification des hormones n'est pas la seule à influencer la prise de poids, mais que la réduction de l'activité physique, les habitudes alimentaires et le mode de vie en sont également responsables. En partant de la situation actuelle, les modifications des habitudes alimentaires et les changements de comportement sont discutés étape par étape. Bien que la perte de poids soit souvent au premier plan pour la plupart des femmes, il s'agit également de ne pas négliger les autres aspects nutritionnels, tels que les lipides sanguins, les taux de glycémie limites, la diminution de la masse osseuse. Il convient de viser une alimentation équilibrée et saine.

En résumé, cela signifie

- L'alimentation doit être composée individuellement et adaptée aux besoins de la femme.
- Aucun aliment ne devrait être interdit
- L'alimentation doit être attractive, savoureuse et rassasiante
- L'apport énergétique est idéalement réparti sur trois à cinq repas au cours de la journée.
- Les aliments appropriés sont pauvres en graisses et riches en substances essentielles comme les minéraux ou les vitamines et les fibres alimentaires.
- La quantité de boisson quotidienne, la consommation de légumes et de protéines devraient être augmentées.

Outre l'alimentation, l'activité physique est également un thème important de la consultation diététique. Il s'agit de motiver la cliente et de trouver avec elle des possibilités d'activité physique adaptées et réalisables. L'activité physique est un élément indispensable dans la gestion du poids en général et en particulier pendant la ménopause.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. S. Weidlinger
Frauenklinik
Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Introduction :

Une peau lisse et éclatante et des cheveux brillants et abondants sont les symboles de la beauté et de la santé féminines. Les hormones sexuelles féminines et masculines jouent un rôle décisif dans la régulation de nombreux processus au niveau de la peau et des cheveux. Il n'est donc pas surprenant que la ménopause et les changements hormonaux qui l'accompagnent ne passent pas inaperçus sur la peau et les cheveux.

Influence des hormones sexuelles féminines sur la peau et les cheveux : les œstrogènes :

L'œstrogène, la principale hormone sexuelle féminine, stimule la capacité de division cellulaire de la peau. Elle favorise ainsi la capacité de régénération de la peau et, par extension, la cicatrisation. En outre, les œstrogènes favorisent la synthèse du collagène et de l'acide hyaluronique ainsi que la production de fibres élastiques. Le collagène et l'acide hyaluronique ont la capacité de lier l'eau et de conférer à la peau hydratation et fermeté.

la progestérone :

Outre les œstrogènes, la progestérone, l'hormone du corps jaune, joue également un rôle décisif. Elle favorise le stockage des lipides dans les couches supérieures de la peau et inhibe la famille des métalloprotéinases matricielles (MMP), des ciseaux biochimiques capables de dégrader le collagène et d'autres composants du tissu conjonctif, ce qui entraîne un retard du vieillissement de la peau. En outre, la progestérone stimule les cellules immunitaires présentes dans la peau, qui jouent un rôle important dans la barrière cutanée en tant que bouclier primaire dans la défense contre les agents pathogènes.

Influence des hormones sexuelles masculines sur la peau et les cheveux : les androgènes :

Les hormones sexuelles masculines, les androgènes, ont également un rôle cosmétique important. La testostérone, la principale hormone sexuelle masculine, stimule la croissance des poils et la production de sébum. Un excès d'androgènes se traduit par une croissance excessive des poils sur les parties indésirables du corps, comme le visage, une chute des cheveux au niveau de la chevelure principale ainsi qu'une impureté de la peau pouvant aller jusqu'à l'acné.

Peau et ménopause :

La chute des taux d'œstrogènes et de progestérone à la ménopause entraîne un ralentissement de la division cellulaire, une diminution de la synthèse du collagène et de l'acide hyaluronique, une accélération de la dégradation du collagène et une réduction de la capacité de stockage des lipides, ce qui réduit la capacité de régénération de la peau. Il en résulte une peau plus sèche, plus fine, moins élastique, plus flasque et plus vulnérable, une formation accrue de rides et un processus de cicatrisation plus lent. Cela ne concerne pas seulement la peau au sens strict, mais aussi les muqueuses du nez, des yeux, de la bouche et des voies génitales. Les signes de vieillissement de la peau et des muqueuses peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre et ne nécessitent pas toujours un traitement médical.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Les cheveux et la ménopause :

La ménopause entraîne la fin de la production d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires, mais la production d'androgènes par les ovaires et les glandes corticosurrénales se poursuit, bien qu'à un niveau inférieur à celui d'avant la ménopause. Il se produit un changement dans le rapport entre les hormones sexuelles féminines et masculines. Alors qu'avant la ménopause, les hormones sexuelles féminines étaient clairement prédominantes, on assiste à la ménopause à une prédominance relative des androgènes. Cette nouvelle situation a pour conséquence que les cheveux principaux deviennent plus fins, plus fragiles et plus secs, jusqu'à la chute diffuse des cheveux. D'autre part, une augmentation de la pilosité peut apparaître à des endroits non désirés, comme par exemple au niveau du menton et de la lèvre supérieure.

thérapie :

Un traitement hormonal permet d'influencer/d'améliorer dans une certaine mesure les conséquences de la ménopause sur la peau et les cheveux. Souvent, les symptômes sur la peau et les cheveux sont les seuls troubles associés à la ménopause. Il n'est alors pas nécessaire de recourir à une thérapie systémique qui déploie ses effets dans tout le corps. Dans une telle situation, il suffit souvent d'un traitement purement topique, qui n'est appliqué que localement, à l'endroit du problème, et qui n'est pas absorbé dans la circulation sanguine.

Il ne faut cependant pas oublier qu'une perte de cheveux diffuse et légère, une peau plus sèche, plus fine et plus ridée, ainsi que l'apparition de quelques poils vigoureux et partiellement pigmentés sur des parties du corps non désirées, font partie du processus de vieillissement tout à fait naturel de la peau et des cheveux. La santé de la peau et des cheveux est davantage influencée par le mode de vie que par le manque d'œstrogènes et de progestérone ou par l'action excessive des androgènes. La recommandation bien connue d'une alimentation saine, d'une activité physique importante, d'un sommeil suffisant, d'une exposition excessive et non protégée au soleil ainsi que d'un renoncement au tabac et à d'autres substances toxiques s'applique.

S'il est impossible d'arrêter les changements de la peau et des cheveux avec la ménopause, il est tout à fait possible de les ralentir en utilisant des produits de soin de la peau hydratants et gras. Le cas échéant, des substances contenant des hormones peuvent également être utilisées.

Auteur:
Dr. med. S. Weidlinger
Frauenklinik
Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Les maladies cardiovasculaires sont des maladies du système cardio-vasculaire qui sont dues à une modification athérosclérotique des vaisseaux sanguins ("calcification"). Il en résulte une diminution de l'irrigation sanguine des organes : au niveau du cœur, on parle par exemple de maladie coronarienne (MCC).

La conséquence extrême de l'artériosclérose est l'obstruction complète d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins, ce qui entraîne un infarctus du myocarde au niveau du cœur et une attaque cérébrale au niveau du cerveau.

Les maladies cardiovasculaires font partie des maladies chroniques non transmissibles. Elles comptent parmi les principales causes de décès chez les deux sexes. Les facteurs de risque typiques sont l'âge, l'hérédité, le diabète sucré, les troubles du métabolisme des lipides, l'hypertension, le tabagisme, le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation, le surpoids/l'obésité et le stress.

Les œstrogènes ont un effet protecteur sur les vaisseaux sanguins. Ainsi, jusqu'à la ménopause, les femmes sont moins touchées par les maladies cardiovasculaires que les hommes.

Avec la disparition des œstrogènes après la ménopause, le risque de maladies cardiovasculaires augmente chez les femmes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les femmes qui connaissent une ménopause très précoce (< 45 ans) doivent absolument suivre un traitement hormonal substitutif (THS).

Mais les femmes qui connaissent la ménopause à l'âge moyen (51 ans) bénéficient également d'un THS. On sait ainsi, grâce à de nombreuses études, qu'il existe une "fenêtre d'opportunité favorable d'un THS" pour le cœur. Ainsi, si les femmes commencent un THS dans les 10 ans suivant la ménopause ou avant l'âge de 60 ans, leur risque d'infarctus du myocarde est moindre par rapport aux femmes du même âge qui ne suivent pas de THS.

Si l'on examine de plus près le mode d'application, l'avantage prévaut surtout pour l'administration d'œstrogènes par voie cutanée (gel ou patch). Néanmoins, le THS n'est pas autorisé pour la prophylaxie de l'athérosclérose, mais "uniquement" pour le traitement des symptômes aigus de la ménopause ainsi que pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

Auteur:
Prof. Dr. med. P. Stute
Clinique gynécologique
de l'Hôpital de l'Ile
19, rue Friedbühl
3010 Berne

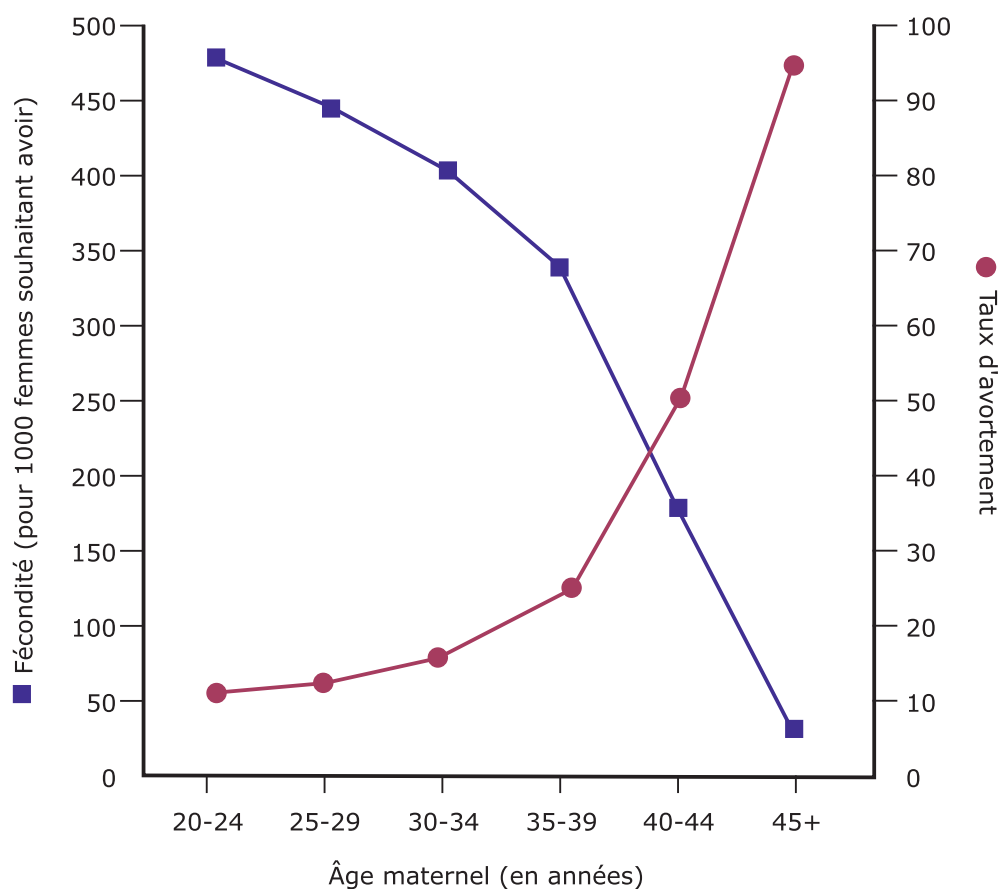


Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

La question que se posent de nombreuses femmes entre 45 et 55 ans est de savoir dans quelle mesure elles peuvent encore tomber enceintes et donc si elles doivent encore utiliser une contraception et pendant combien de temps. Et spécialement entre 40 et 45 ans, les femmes se demandent souvent si elles souhaitent quand même avoir un enfant et s'il est possible d'avoir un enfant si tard. La tendance à devenir mère de plus en plus tard dans la vie ne cesse d'augmenter. Plus le désir d'enfant commence tard, plus il a de chances de ne pas se réaliser - même avec l'aide des technologies de procréation assistée (PMA). De plus, une maternité tardive s'accompagne de risques pour la santé de la mère et de l'enfant. En médecine de la reproduction, un âge maternel de 35 ans ou plus est considéré comme avancé. Bien que la fécondité (nombre de grossesses réussies par femme) commence à diminuer dès 25 ans, l'âge de 35 ans est le point d'inflexion à partir duquel la fécondité chute brutalement et le taux d'avortement spontané augmente fortement.



Grafik 1 - Adapté de : Heffner et al. New England Journal 2004

Jusqu'à l'âge de 30 ans, 400 femmes sur 1000 réussiront à devenir mères chaque année. A l'âge de 45 ans, le taux de fécondité est tombé à moins de 50 pour 1000 femmes-années. Le taux d'avortement spontané est d'environ 10% à 20 ans et passe à plus de 90% à 45 ans.

Les connaissances du public sur l'influence négative de l'âge maternel avancé sur une grossesse réussie et sans complications restent limitées. Les témoignages de célébrités telles que Halle Berry (mère à 46 ans), Holly Hunter (jumeaux à 47 ans) et Cherie Blair, l'épouse de Tony Blair, qui a eu son quatrième enfant à 45 ans, contribuent à la croyance erronée en une fertilité illimitée jusqu'à la ménopause.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

L'âge avancé de la mère signifie que des maladies supplémentaires telles que l'obésité, le diabète sucré et l'hypertension artérielle sont plus souvent présentes. Les myomes utérins sont plus fréquents chez les femmes âgées. Les technologies de procréation assistée, mais aussi le fait que le taux naturel de naissances multiples augmente per se avec l'âge, entraînent une augmentation de l'incidence des grossesses multiples. Les femmes de plus de 40 ans qui souhaitent avoir un enfant doivent donc consulter leur gynécologue sans tarder.

La question de savoir si une contraception est nécessaire ou appropriée entre 45 et 55 ans, et laquelle, doit être discutée individuellement avec le/la gynécologue.

La baisse de la fertilité après 40 ans ne protège pas contre une grossesse non planifiée. Bien que la contraception par stérilisation par ligature des trompes ou des canaux déférents soit la méthode de contraception la plus courante dans ce groupe d'âge, le taux d'interruption de grossesse est trois à quatre fois plus élevé dans ce groupe d'âge que chez les femmes de 31 à 35 ans.

Après l'âge de 40 ans, la pilule "normale" est plus risquée, même pour les femmes en bonne santé, de poids normal et ne fumant pas. Les alternatives sont la minipilule, le stérilet au cuivre, le stérilet hormonal, le dépôt de progestérone et l'implant progestatif.

Selon les données épidémiologiques, 95% des femmes de plus de 55 ans sont postménopausées, c'est pourquoi l'arrêt des méthodes contraceptives est généralement possible à partir de 55 ans. Si la ménopause est survenue plus tôt, il est possible d'arrêter individuellement la contraception plus tôt.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Clinique d'endocrinologie de
la reproduction
Hôpital universitaire de
Zurich Frauenklinikstrasse
10 CH-8091 Zurich

Le terme de syndrome climatérique regroupe les troubles directement ou indirectement liés à l'épuisement de la fonction ovarienne et à la baisse du taux d'hormones qui en découle. Il s'agit notamment de

Troubles vasomoteurs :

Les bouffées de chaleur et les sueurs, également appelées troubles vasomoteurs, touchent environ 70 % des femmes dans les cultures occidentales. Elles varient en intensité, en quantité et en durée et peuvent être accompagnées de troubles cardiaques. La durée moyenne des troubles vasomoteurs est de 7 à 8 ans. À ce jour, l'origine de cette symptomatologie n'est pas encore totalement élucidée. On suppose qu'une modification de la valeur de consigne de la régulation de la température dans le diencéphale entraîne une forte contre-régulation de l'organisme, même en cas de faibles variations de température.

Troubles du sommeil

Chez les femmes ménopausées, les troubles du sommeil font également partie des symptômes les plus fréquents (environ 40%). Ils peuvent être dus d'une part à une modification du schéma de sommeil à cette période de la vie, en raison des changements hormonaux liés à la ménopause et de l'influence qui en résulte sur les messagers chimiques du cerveau, importants pour la régulation des phases de sommeil. D'autre part, il existe également un lien étroit avec les symptômes vasomoteurs qui se produisent plus fréquemment pendant la nuit et qui peuvent ainsi entraîner des réveils répétés et une fatigue chronique accompagnée d'un épuisement physique et mental.

Symptômes psychiques

Chez les femmes d'âge moyen, les symptômes tels que les troubles de l'humeur, les états dépressifs, l'anxiété et les attaques de panique sont plus fréquents. Ils peuvent se manifester seuls ou être la conséquence de troubles du sommeil et de troubles vasomoteurs.

Troubles urogénitaux

Pendant la ménopause, le taux d'œstrogènes diminue. Cela a pour conséquence une diminution de la production de sécrétions vaginales. La peau du vagin devient plus fine et plus sensible, la circulation sanguine se détériore et les tissus perdent leur élasticité. 45 à 63 % des femmes ménopausées signalent des symptômes tels que sécheresse, démangeaisons vaginales, brûlures, douleurs lors des rapports sexuels ainsi que des infections urinaires récurrentes, des envies d'uriner et des mictions fréquentes. Contrairement aux troubles vasomoteurs, ceux-ci ont tendance à augmenter avec l'âge et l'éloignement de la ménopause. La qualité de vie et la vie sexuelle peuvent s'en trouver fortement réduites.

Troubles sexuels

Les problèmes sexuels sont plus fréquents chez les femmes avec l'âge. La ménopause a un impact négatif sur la vie sexuelle. Outre les changements hormonaux, d'autres facteurs pertinents sont l'état de santé général modifié de la femme, les expériences sexuelles antérieures, les problèmes d'érection du partenaire, les changements dans les conditions de vie et de relation, les attentes de la femme en matière de vie sexuelle à cette période de la vie et l'acceptation des changements physiques et psychiques. 40-55% des femmes ménopausées souffrent de problèmes de désir. La sécheresse vaginale est rapportée par 10 à 15% des femmes avant la ménopause et jusqu'à 50% après la ménopause. Les difficultés orgasmiques concernent environ 20% des femmes, quel que soit leur âge, les jeunes femmes étant plus susceptibles d'être touchées.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Les **capacités cognitives** ne diminuent pas automatiquement avec l'âge, mais sont soumises à des changements: l'intelligence fluide (capacités innées sur lesquelles l'environnement n'a guère d'influence, par exemple l'aufférence) diminue, l'intelligence cristalline (capacités acquises au cours de la vie, par exemple l'expression linguistique) se maintient en grande partie, voire augmente le cas échéant. Ce changement n'entraîne normalement pas de restrictions majeures dans la vie quotidienne. Chaque année, de nombreuses personnes sont confrontées à un premier diagnostic de **démence**. La forme de démence la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer (70%). La maladie d'Alzheimer triffère surtout les femmes.

La question se pose donc de savoir si 1) les capacités cognitives peuvent être influencées positivement par un THS et 2) si une démence peut être prévenue.

Selon les études randomisées contrôlées par placebo KEEPS, WHIMSY et ELITE, un THS dans la fenêtre temporelle favorable, c'est-à-dire avant l'âge de 60 ans ou dans les 10 ans suivant la ménopause, a un effet neutre sur la **cognition** des femmes asymptomatiques. L'influence d'un THS dans la fenêtre temporelle favorable sur la cognition des femmes symptomatiques n'est pas claire. Un THS dans la période "fenêtre favorable" réduit éventuellement le **risque de démence** plus tard dans la vie.

Cependant, un démarrage œstroprogestatif > 65 ans augmente le risque de démence. Toutefois, selon l'étude américaine WHI, un THS réduit le risque de décès par démence. Un traitement œstrogénique chez les femmes atteintes de la maladie d'Alzheimer semble avoir un effet positif sur la cognition.

Auteur:
Prof. Dr. med. P. Stute
Clinique gynécologique
de l'Hôpital de l'Île
19, rue Friedbühl
3010 Berne



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Kashiwagi
Centre de santé
pour la femme
Bankstrasse 8
8610 Uster

L'ostéoporose est une maladie systémique du squelette qui se caractérise par une diminution de la masse osseuse et une détérioration de la structure osseuse. La conséquence de la diminution de la masse osseuse et de la destruction de la structure entraîne la survenue de fractures (fractures osseuses). Souvent, elles surviennent déjà lors de faibles sollicitations ou même spontanément. Les régions du squelette les plus touchées par les fractures d'origine ostéoporotique sont les corps vertébraux, le fémur, l'avant-bras et l'humérus. La probabilité moyenne de subir une fracture ostéoporotique au cours de sa vie est d'environ 50% chez la femme et de 20% chez l'homme à l'âge de 50 ans. Ces fractures ostéoporotiques s'accompagnent chez les femmes et les hommes d'une diminution de la qualité de vie, de la capacité à accomplir les tâches quotidiennes (besoin de soins, dépendance à une aide extérieure) ainsi que d'une mortalité accrue.

La résistance et la masse osseuses actuelles sont déterminées par deux facteurs d'influence : d'une part, par la formation osseuse pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte ; d'autre part, par l'ampleur de la perte de masse osseuse qui s'ensuit et qui est liée à l'âge. La masse osseuse maximale ("peak bone mass"), qui est généralement atteinte vers la fin de la deuxième décennie, est déterminée par une multitude de facteurs tels que l'hérédité (facteurs génétiques), les modifications hormonales, l'alimentation et l'activité physique (charge mécanique), ainsi que la présence de facteurs de risque. L'influence génétique joue le rôle le plus important dans l'atteinte de la masse osseuse maximale.

causes :

Les principales causes de la perte de substance osseuse dans la deuxième moitié de la vie sont la carence hormonale (carence en œstrogènes) qui commence après la ménopause chez la femme, l'âge, le mode de vie (tabagisme, alcool), les carences et les erreurs alimentaires, les facteurs environnementaux ainsi que les maladies qui entraînent une perte accrue de substance osseuse. Avec le vieillissement, les carences en calcium et en vitamine D sont au premier plan.

Les hormones, c'est-à-dire les œstrogènes, jouent un rôle essentiel non seulement dans l'obtention d'une masse osseuse maximale à l'adolescence, mais aussi dans le maintien de la masse osseuse à l'âge adulte. Les œstrogènes influencent pratiquement tous les aspects du métabolisme osseux et calcique. Les œstrogènes maintiennent l'équilibre du remodelage osseux et le couplage entre la formation osseuse et la résorption osseuse. La carence en œstrogènes liée à la ménopause entraîne souvent une perte accélérée de la substance osseuse et constitue donc l'un des principaux facteurs de développement de l'ostéoporose chez les femmes. Mais les œstrogènes influencent également le métabolisme du calcium en favorisant l'absorption du calcium dans l'intestin et également la réabsorption du calcium par les reins. Il en résulte qu'en cas de carence en œstrogènes, un apport plus important en calcium est nécessaire pour équilibrer le bilan calcique. La disparition de cet effet "d'économie de calcium" peut accélérer la perte de substance osseuse.

L'importance des œstrogènes sur le métabolisme osseux et la survenue de l'ostéoporose est également soulignée par le fait qu'un traitement hormonal substitutif (THS) en tant que mesure préventive (Women's Health Initiative, étude WHI) a permis de réduire de manière significative la survenue de fractures ostéoporotiques.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Kashiwagi
Centre de santé
pour la femme
Bankstrasse 8
8610 Uster

L'étude a toutefois également mis en évidence des risques liés au THS, de sorte que le rapport bénéfice/risque devrait être évalué individuellement lors de l'utilisation d'un traitement hormonal de substitution à long terme.

Prévention de l'ostéoporose:

La prévention de l'ostéoporose doit comprendre toutes les mesures visant à empêcher l'apparition de la maladie, et notamment les fractures osseuses dues à cette maladie. Elle comprend des mesures visant à atteindre la plus grande valeur possible de la masse osseuse maximale à l'adolescence et au début de l'âge adulte ou à ralentir la dégradation naturelle de l'os après la ménopause et avec l'âge, ainsi qu'à prévenir la perte osseuse et la survenue de fractures dues à des maladies ou à d'autres facteurs.

Les recommandations générales comprennent un apport suffisant en calcium (1000-1500 mg/jour), un apport suffisant en vitamine D (800-1200 U/jour, éventuellement une supplémentation en vitamine D en cas de malnutrition ou d'exposition solaire insuffisante), une bonne hygiène de vie et une alimentation équilibrée.), une alimentation équilibrée avec un apport suffisant en protéines, une activité physique régulière, l'évitement des facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et la prise de médicaments qui influencent le métabolisme osseux (préparations à base de cortisone, médicaments contre l'épilepsie, traitement aux hormones thyroïdiennes) et éventuellement l'administration d'un THS en tenant compte du rapport bénéfice/risque.

En outre, la densité osseuse peut être déterminée. L'un des grands défis dans le traitement des patients atteints d'ostéoporose est d'identifier les personnes présentant un risque accru de fracture et de les soumettre à un examen ou à un traitement. Un changement de paradigme a eu lieu dans le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose : on est passé de l'importance excessive accordée à la densité osseuse comme seul indicateur de la nécessité d'un traitement à une évaluation plus complète de tous les composants d'un risque accru de fracture. L'évaluation et le traitement sont désormais plus individualisés et ciblés sur la situation de vie spécifique et l'état de santé général de chaque personne.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

L'insuffisance ovarienne précoce (IOP) désigne la perte prématurée de la fonction ovarienne avant l'âge de 40 ans. Cela a des conséquences radicales sur la qualité de vie et la fertilité de ces femmes et, en l'absence de traitement, est associé à un risque nettement accru de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose et de démence.

Aspect clinique

Le symptôme principal est l'absence de règles, qui se présente avec ou sans symptômes de défaillance tels que bouffées de chaleur, sueurs, troubles du sommeil, sautes d'humeur, épuisement physique et mental, humeur dépressive, troubles urogénitaux et problèmes sexuels d'intensité variable.

Épidémiologie/causes

On distingue deux formes d'IOP : la forme primaire, qui survient spontanément, et la forme secondaire, qui est conditionnée par des traitements médicaux tels que la chimiothérapie, la radiothérapie ou la chirurgie des ovaires ou de l'utérus. La prévalence de la forme primaire est de 1% chez toutes les femmes avant l'âge de 40 ans et de 0,1% avant l'âge de 30 ans. Les causes possibles dans ce cas peuvent être des modifications génétiques, des troubles du stoff-re, des maladies auto-immunes ou des infections. Dans environ 75% des cas, aucune cause n'est trouvée.

Clarifications

Chez les femmes de moins de 40 ans et en cas d'absence de menstruations pendant plus de quatre mois, il convient de procéder à des examens complémentaires. Celles-ci comprennent, outre une enquête précise sur les antécédents personnels et familiaux, un examen physique et gynécologique avec échographie des organes génitaux internes ainsi que le relevé d'un statut hormonal. En laboratoire, l'IOP se caractérise par un taux d'hormone folliculo-stimulante (FSH) deux fois plus élevé que la normale.

25 U/l est confirmée. Une fois le diagnostic posé, il convient de procéder à des examens génétiques et auto-immunologiques appropriés afin d'exclure les causes possibles. Il est également judicieux de procéder à une ostéodensitométrie après l'établissement du diagnostic.

Thérapie

Afin d'éviter les conséquences négatives à long terme de la carence en œstrogènes sur les os, le système cardiovasculaire et la mémoire, il est recommandé de commencer immédiatement un traitement hormonal de substitution et de le poursuivre au moins jusqu'à l'âge moyen de la ménopause (51 ans). Diverses préparations sous forme de comprimés, de pflasters ou de gel sont disponibles à cet effet.

Fertilité

Les chances de grossesse spontanée avec un diagnostic d'IOP sont d'environ 5%. Dans la forme primaire de l'IOP, il n'existe actuellement aucune possibilité médicamenteuse d'améliorer la fonction des ovaires et donc les chances de grossesse. Avant d'envisager un traitement médical présentant un risque accru d'échec ultérieur de la fonction ovarienne, il convient de toujours informer à temps sur les différentes possibilités de traitement de préservation de la fertilité.

Auteur:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Clinique d'endocrinologie de
la reproduction
Hôpital universitaire de
Zurich Frauenklinikstrasse
10 CH-8091 Zurich



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

Introduction :

De nombreuses femmes souffrent d'une détérioration de leur état psychique au moment de la ménopause, avec une instabilité de l'humeur et une irritabilité accrues, de la nervosité, des troubles du sommeil et une humeur dépressive. Les dépressions graves, voire les psychoses, sont également plus fréquentes à cette période.

Origine des troubles psychiques :

Les causes peuvent être très diverses. La perte de la production endogène d'hormones sexuelles, notamment d'œstrogènes, joue souvent un rôle. Mais les multiples changements psychosociaux et physiques que vivent les femmes durant cette période sont également importants. Il s'agit d'une phase de la vie au cours de laquelle de nombreux facteurs de stress sont souvent réunis. Cela n'est pas nécessairement le cas, mais peut entraîner des troubles psychiques chez les femmes, en particulier si elles sont sujettes à de tels troubles.

La ménopause, c'est-à-dire les dernières règles, survient aujourd'hui en moyenne à l'âge de 51 ans, mais la production d'œstrogènes par les ovaires commence déjà à diminuer environ 5 à 8 ans avant. Les femmes perdent ainsi une substance naturelle qui contribuait à leur stabilité psychique. Les œstrogènes ont en effet une influence positive sur les différents messagers chimiques du cerveau, qui sont importants pour l'état psychique. Ils peuvent ainsi prévenir ou réduire les dépressions et probablement aussi influencer positivement l'agressivité, les psychoses et les fonctions de la mémoire, et protéger contre les effets du stress. En raison de ces innombrables effets positifs, les œstrogènes sont déjà considérés comme des "hormones".
"protection psychique de la nature".

La perte d'œstrogènes provoque en outre des bouffées de chaleur nocturnes accompagnées de troubles du sommeil, ce qui peut encore contribuer indirectement à une détérioration de l'état de santé.

Chercher de l'aide :

Les femmes dont l'état psychique se détériore de manière frappante après 40/45 ans devraient donc toujours penser que cela pourrait être lié au début de la ménopause. Elles doivent absolument consulter leur gynécologue et, en cas de troubles plus importants, un psychiatre pour demander un examen et un traitement.

Options thérapeutiques :

Thérapie hormonale de substitution (THS) :

Pour la thérapie des troubles psychiques, on dispose à cette époque non seulement des traitements psychiatriques habituels avec des psychotropes, une psychothérapie, des méthodes de relaxation, des mesures sociales, etc. mais aussi de l'œstrogénothérapie. Il convient d'utiliser avant tout le 17- β -estradiol naturel, qui remplace l'estradiol endogène en baisse. Seul ce dernier a démontré une influence positive sur le psychisme. En raison de leur meilleure tolérance, les patchs cutanés devraient être utilisés à faible dose.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Chez les femmes qui ont encore un utérus, l'œstrogène doit être combiné à des progestatifs. Ces derniers peuvent à leur tour avoir des effets négatifs sur le psychisme, raison pour laquelle certaines formes d'utilisation doivent être privilégiées. C'est justement en cas de dépression qu'un tel THS peut être très utile.

les antidépresseurs :

En cas de maladies psychiques plus graves, il faut bien entendu toujours utiliser des médicaments à effet antidépresseur qui, contrairement à une opinion largement répandue, ne créent d'ailleurs pas de dépendance. En revanche, l'utilisation prolongée de somnifères, qui peuvent effectivement entraîner une dépendance, devrait être évitée.

Psychothérapie :

La psychothérapie joue également un rôle important dans cette phase de la vie, car les femmes sont souvent exposées à de nombreux stress psychosociaux durant cette période. Ainsi, la ménopause ne les confronte pas seulement à la perte de leur fertilité, mais aussi au passage à une nouvelle phase de leur vie. Il existe souvent de grandes craintes concernant leur propre corps, le vieillissement, l'attractivité, la sexualité, etc. Parallèlement, les femmes sont souvent confrontées à de nombreuses pressions et pertes extérieures durant cette période, par exemple en raison des soins apportés aux parents ou de leur décès, du départ des enfants devenus adultes, de la perte du partenaire ou d'une détérioration de leur propre santé physique.

Résumé :

L'évaluation et le traitement des troubles psychiques chez les femmes après 40/45 ans devraient donc absolument être globaux et englober aussi bien les aspects hormonaux et autres aspects physiques que les possibilités psychiatriques et psychothérapeutiques. Il est important de noter que le traitement doit toujours être précédé d'un bon examen qui permette d'exclure d'autres causes, telles que des troubles de la fonction thyroïdienne, etc. Une clarification et un traitement optimaux ne sont souvent possibles qu'en collaboration entre le gynécologue et le psychiatre.

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Près de la moitié des femmes ménopausées sont touchées par une sécheresse vaginale et ses conséquences pénibles. Bien qu'il existe des thérapies efficaces, de nombreuses femmes ne sont pas traitées.

Le manque d'œstrogènes, l'hormone sexuelle, après la ménopause est responsable de symptômes tels que la sécheresse vaginale. Mais un déficit relatif d'œstrogènes peut également se produire après un accouchement et pendant l'allaitement. Il en résulte une sécheresse avec des mésimpfiances vaginales, des brûlures et des démangeaisons. À cela s'ajoutent une humidification faible ou inexistante et des saignements qui favorisent les douleurs lors des rapports sexuels. De plus, des douleurs lors de la miction, des mictions fréquentes et des cystites peuvent se manifester.

Souvent, un cercle vicieux se développe : sécheresse vaginale, douleurs lors des rapports sexuels et manque de désir. Comme ces troubles ne régressent généralement pas spontanément - contrairement aux troubles typiques de la ménopause comme les bouffées de chaleur, les troubles de l'humeur et les troubles du sommeil - une aide est nécessaire et possible dans de nombreux cas. Pourtant, seul un quart environ des femmes en sont informées et elles sont encore moins nombreuses à s'adresser à leur médecin pour demander de l'aide. La sexualité est un facteur important pour une bonne qualité de vie jusqu'à un âge avancé. Le traitement de la sécheresse vaginale ne doit donc pas être sous-estimé. Il existe de nombreuses préparations non hormonales (gels et crèmes) en vente libre pour le traitement de la sécheresse vaginale. Il existe également de nombreuses préparations locales à base d'œstrogènes sous forme de comprimés vaginaux, -anneau, suppositoire, gel et crème sont disponibles. Ils sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie légales. Depuis quelques années, une thérapie vaginale au laser est également utilisée avec succès. Elle n'est toutefois pas encore remboursée par les caisses d'assurance maladie.

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

Introduction à la sexualité :

La sexualité est importante pour la plupart des femmes et des hommes. Elle est un facteur pertinent de la qualité de vie des femmes et des hommes. La sexualité est en corrélation avec la santé générale.

Mais on n'aime pas en parler. Les médecins non plus. Mais les femmes et les hommes souhaitent recevoir une aide médicale.

Les fluctuations hormonales de la ménopause entraînent des modifications du corps et de l'état général, qui peuvent toutes avoir des répercussions sur la sexualité des femmes (et des hommes).

- a) L'apparition de bouffées de chaleur ou de troubles du sommeil se répercute sur le bien-être, ce qui peut indirectement entraîner une baisse du désir sexuel. Pour cela, il est important d'en parler avec son médecin de confiance et de trouver des solutions contre les bouffées de chaleur.
- b) Les changements physiques sont principalement une sécheresse vaginale accrue, voire des douleurs lors de la pénétration. Jusqu'à 85% des femmes de plus de 40 ans souffrent de sécheresse vaginale et de démangeaisons et jusqu'à 60% ont des douleurs et la moitié d'entre elles ont une qualité de vie réduite et en souffrent, ce qui peut également conduire à la dépression. Là aussi, il faut absolument chercher de l'aide auprès de son médecin de confiance.
- c) La majorité des femmes prennent légèrement du poids à la ménopause (environ 3-5 kg). Cela s'accompagne souvent d'une attitude négative vis-à-vis de son propre corps, d'une image corporelle intérieure problématique. Lorsque "la femme" ne se trouve plus attirante et désirable, des inhibitions et des incertitudes se développent éventuellement dans la sexualité.
- c) Dans la relation, des effets d'habitude ou des différences d'intérêts et de développement de la personnalité peuvent apparaître et entraîner des conflits dans le couple. La sexualité peut alors devenir un problème et être évitée.
- e) Les maladies générales et les traitements médicamenteux deviennent plus fréquents avec l'âge et peuvent avoir un impact sur la sexualité.
- f) Chez l'homme, les troubles de l'érection sont plus fréquents avec l'âge et, dans certains couples, ils entraînent un comportement d'évitement ; par peur de l'échec, la tendresse et la sexualité sont évitées.
- g) Dans l'ensemble, l'activité sexuelle diminue avec l'âge, mais, comme nous l'avons mentionné, les changements physiques ainsi que les changements dans la relation de couple ou dans l'estime de soi jouent un rôle.

Possibilités générales d'aide en cas de difficultés sexuelles :

L'accent est mis sur une discussion ouverte avec le médecin de confiance.

Vous pouvez faire beaucoup pour vous-même :

Une activité physique régulière et des activités physiques plaisantes doivent aider à retrouver une image positive de son corps. Le corps peut alors à nouveau être vécu comme une source de plaisir.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Parler avec son partenaire de ce qui lui plaît et de ce qui lui déplaît dans la sexualité du couple demande certes un peu de courage et de volonté au début, mais cela peut faire des miracles. Peut-être que les deux aimeraient regarder ensemble un film érotique ou pornographique et discuter de l'effet produit. Il s'agit peut-être aussi de sortir la sexualité de la routine, de développer à nouveau un peu d'imagination pour séduire le ou la partenaire : par exemple, créer de meilleures conditions pour la sexualité et l'érotisme, passer du temps ensemble, créer une proximité. En outre, il peut être très important de déconstruire certains mythes sur la sexualité, comme par exemple que la sexualité doit toujours être spontanée, que les femmes veulent toujours de longs préliminaires, que les hommes ne veulent pas de tendresse mais seulement la pénétration, etc.

Assistance médicale :

L'essentiel est d'avoir un dialogue ouvert avec son médecin de confiance. Les troubles de l'humeur tels que les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil ou les états dépressifs répondent souvent bien aux hormones végétales ou bio-identiques. La sécheresse vaginale peut être améliorée par des crèmes, des pommades et des ovules avec ou sans hormones et des lubrifiants. Les troubles de l'érection masculine sont également plus faciles à traiter depuis quelques années. En cas de manque d'intérêt sexuel, le conseil sexuel et la thérapie sexuelle avec des exercices comportementaux spécifiques sont au premier plan, tout comme la thérapie de couple. L'administration de testostérone ou de substances apparentées est particulièrement valable lorsque la production de testostérone endogène est nettement réduite, comme par exemple après l'ablation précoce des ovaires bds.

N'oubliez pas que vous avez beaucoup appris sur votre corps, ses sensations et vos besoins au cours des dernières années. Ces expériences vous aideront à faire face aux changements et à continuer à profiter de la sexualité.

Et soyez conscient(e) que votre médecin peut vous aider à tout moment. Parlez-en !

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Clinique d'endocrinologie
de la reproduction Hôpital
universitaire de Zurich
Frauenklinikstrasse 10 CH-8091
Zurich

Qu'est-ce qui se cache derrière le terme : ménopause ?

La ménopause est une phase naturelle de la vie d'une femme et non une maladie. La ménopause désigne une période au cours de laquelle la capacité de reproduction de la femme s'éteint progressivement et la production d'hormones, en particulier d'œstrogènes, diminue de plus en plus dans les ovaires. Ce processus ne se produit généralement pas du jour au lendemain, mais s'étend sur plusieurs années.

Que signifie "ménopause" ?

Le terme "ménopause" désigne les dernières règles de la vie d'une femme. Ce n'est que 12 mois après les derniers saignements que l'on peut considérer qu'il s'agit vraiment des derniers saignements, de sorte que la ménopause ne peut être définie que rétrospectivement. Après ces 12 mois commence ce que l'on appelle la postménopause.

Les femmes connaissent la ménopause en moyenne à l'âge de 51-52 ans. 95% des femmes ont leurs dernières règles entre 45 et 55 ans.

Pourquoi des troubles apparaissent-ils à la ménopause ?

La diminution de la production d'œstrogènes et de progestérone (hormone du corps jaune) par les ovaires et la modification du mécanisme de rétroaction de la centrale de commande du cerveau (hypothalamus) entraînent différents effets dans le corps.

Un tiers des femmes n'ont aucun trouble, un tiers des troubles légers à modérés et un tiers des troubles importants. La nécessité d'un traitement dépend de l'atteinte à la qualité de vie de la femme.

Les symptômes les plus fréquents, outre des cycles plus irréguliers, sont les suivants : des bouffées de chaleur, des sueurs et une sécheresse vaginale.

Les bouffées de chaleur, symptôme phare des troubles de la ménopause, sont des sensations qui apparaissent brutalement et ne durent que 2 à 4 minutes. Elles commencent au niveau de la poitrine et s'étendent à la partie supérieure des bras, au cou et au visage et s'accompagnent d'une rougeur de la peau et d'une transpiration.

Comme les bouffées de chaleur surviennent surtout la nuit, elles peuvent aussi perturber le sommeil. La durée moyenne des bouffées de chaleur est de 7 à 8 ans.

Des changements d'humeur comme la nervosité, l'anxiété ou la dépression, des modifications de la peau et des cheveux, une diminution du désir sexuel (perte de libido) peuvent également survenir. Ces changements sont perçus de manière très différente par chaque femme et peuvent entraîner une perte considérable de la qualité de vie.

Les conséquences à long terme de la carence en œstrogènes sont la perte de densité osseuse (ostéoporose), avec une augmentation du risque de fractures, et les maladies cardio-vasculaires (MCV), avec un risque accru d'infarctus du myocarde. Information sur le soi-disant

"off label use" doit avoir lieu.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Clinique d'endocrinologie
de la reproduction Hôpital
universitaire de Zurich
Frauenklinikstrasse 10 CH-8091
Zurich

Il existe différentes possibilités de traitement des troubles de la ménopause, à savoir le traitement hormonal substitutif (THS), les produits pharmacothérapeutiques non hormonaux et diverses approches thérapeutiques issues de la médecine alternative et complémentaire.

Avant de commencer un THS, il faut discuter en détail de ses avantages et de ses risques. Le THS systémique (agissant sur tout le corps) existe en différents dosages et possibilités d'utilisation (sous forme de comprimés, de gel ou de patch). Chez les femmes ayant un utérus, une préparation progestative doit être utilisée en plus de l'œstrogène pendant au moins 12 jours par mois pour les protéger des modifications de la muqueuse utérine. Le traitement œstroprogestatif est le traitement le plus efficace contre les bouffées de chaleur et les sueurs. Commencé dans les 10 ans suivant la ménopause, le bénéfice d'un THS l'emporte clairement sur les risques chez les femmes en bonne santé. Une évaluation annuelle de l'indication et des risques est utile.

Parmi les effets positifs d'un THS, on peut citer

- La prise de poids liée à l'âge est moins importante chez les femmes sous THS que chez les femmes non traitées.
- Sous THS, le risque de fracture lié à l'ostéoporose diminue significativement de 25 à 40%.
- Le THS diminue la résistance à l'insuline et réduit le risque de diabète sucré, améliorant ainsi de nombreux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.
- Le cas échéant, le THS réduit le risque de développer une démence.
- Le risque de développer un cancer du sein et d'en mourir n'augmente pas avec l'utilisation d'œstrogènes seuls (ce traitement n'est possible que chez les femmes sans utérus).
- La prise d'œstrogènes et de progestatifs sous forme de comprimés peut réduire le risque de développer un cancer du côlon.

Les effets négatifs possibles d'un THS sont les suivants :

- La prise d'œstrogènes sous forme de comprimés augmente le risque de subir un accident vasculaire cérébral ischémique. L'utilisation d'un patch ou d'un gel n'augmente pas le risque d'AVC.
- Au cours des premiers mois d'utilisation, le risque de caillots sanguins (thromboembolies) peut être accru en cas de traitement œstrogénique sous forme de comprimés. L'utilisation d'un patch ou d'un gel n'augmente pas le risque de thromboembolie.
- L'utilisation combinée d'un progestatif et d'un œstrogène peut, dans certaines circonstances, augmenter le risque de cancer du sein après plus de 5 ans d'utilisation.
- On ne peut pas recommander un THS aux femmes après un diagnostic de cancer du sein.

Chez les femmes souffrant d'une perte du désir sexuel (perte de libido) à la ménopause, un traitement à la testostérone peut éventuellement être envisagé, après avoir été informé, si un THS classique n'est pas efficace.



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. N. Flütsch
Spécialiste en gynécologie
et Obstétrique FMH
Alpenstrasse 11
6300 Zoug

Transgender est le terme générique pour toutes les personnes qui ont été clairement assignées à un sexe à la naissance, mais qui ne peuvent pas s'identifier avec celui-ci ou seulement en partie. Cette divergence entre le sexe physique et l'empfichement intérieur sur le sexe est généralement perçue dès l'enfance. Vers l'âge de 3-5 ans, les enfants peuvent très bien faire la différence entre le masculin et le féminin et s'attribuer l'un de ces sexes. Pour les personnes transgenres, cette "fausse attribution" peut devenir un problème psychique majeur. C'est pourquoi certaines personnes décident d'adapter leur corps visible à leur empfiche de genre intérieur, c'est ce qu'on appelle la transition.

La médecine moderne offre des possibilités de modifier les caractéristiques sexuelles externes par voie hormonale ou chirurgicale, ou de les adapter à l'empfinition sexuelle intérieure. Un accompagnement psychothérapeutique est souvent souhaité, mais ce n'est pas une condition. Il appartient cependant à chacun de décider jusqu'où il ou elle souhaite aller dans ce processus de transition. Un accompagnement psychologique étroit permet de répondre aux besoins personnels. Il vaut la peine de collaborer avec des thérapeutes expérimentés dans le domaine du transgenre.

En tant que **proches de** personnes transgenres (parents, frères et sœurs, enfants, partenaire), il peut être très difficile dans un premier temps de comprendre et de suivre la décision d'un membre de la famille de procéder à une adaptation physique. Cela conduit presque toujours à des conflits au sein de la famille d'origine, ce qui représente une charge psychique supplémentaire pour tous. C'est pourquoi des groupes d'entraide spéciaux pour les proches ont vu le jour ces derniers temps.

Sur **le lieu de travail**, les personnes transgenres sont souvent exposées à des discriminations. Cela n'est généralement pas offensuel, mais on sait que les cas de mobbing entraînent très souvent une incapacité de travail et finalement la perte de l'emploi. Parallèlement, il est beaucoup plus difficile de financer un nouvel emploi en tant que personne transgenre. Il n'est pas rare de devoir envoyer des dossiers de candidature avec d'anciens certificats (ancien prénom !). Ainsi, les faits sont déjà mis sur la table avant un éventuel entretien d'embauche et de nombreux employeurs n'invitent même pas la personne dès le départ. Le projet "transwelcome" a été créé pour lutter contre cette problématique. L'objectif est de sensibiliser les entreprises aux problèmes des personnes transgenres et d'offrir en même temps une plateforme d'échange aux personnes concernées.

Traitement des personnes transgenres

Les personnes transgenres souhaitent que l'on s'adresse à elles dans le genre qu'elles souhaitent vivre ou qu'elles vivent déjà. S'adresser correctement à eux est donc une question de respect. La sphère intime doit également être respectée. Il est inapproprié de poser des questions sur les traitements médicaux ou sur les organes génitaux. Les informations confidentielles des personnes transgenres doivent être traitées de manière confidentielle. Il faut s'abstenir d'annoncer qu'une personne est trans ou transgenre sans son consentement (ce qu'on appelle l'outing), car cela peut souvent mettre la personne en grande difficulté.

Aide

En Suisse, il existe désormais de nombreux centres d'information et adresses auprès desquels on peut obtenir des informations supplémentaires et de l'aide pour aborder le thème des transgenres :

Transgender Network Switzerland: www.tgns.ch

Checkpoint (Berne, Bâle, Zurich, Vaud, Genève): www.mycheckpoint.ch

Enfants transgenres: www.trans-kinder-netz.de

Transgenre pour les professionnels: www.fachgruppetrans.ch

Transgenre dans le monde du travail: www.transwelcome.ch



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

La péri-ménopause comprend les dernières années avant l'arrêt des saignements menstruels. Pendant cette période, la production d'hormones par les ovaires diminue et, par conséquent, la fertilité aussi. Une contraception est néanmoins nécessaire jusqu'à l'arrêt complet des règles. Ces dernières deviennent plus irrégulières pendant la péri-ménopause, souvent plus fréquentes au début, puis plus rares. En raison de la production hormonale qui n'est plus tout à fait bien coordonnée, les règles peuvent aussi être excessivement abondantes par moments. Au cours de ces années, certaines femmes présentent, en plus des modifications des règles, des troubles tels que des bouffées de chaleur, des troubles du sommeil ou de l'irritabilité, tandis que d'autres ne présentent aucun symptôme. Dès la péri-ménopause, on observe une certaine réduction de la masse osseuse. La durée de la péri-ménopause est en moyenne de 4 à 8 ans, mais elle varie énormément d'une femme à l'autre.

Sécurité des méthodes de contraception :

Faible sécurité : préservatif, diaphragme, spermicides

Sécurité élevée : contraception hormonale combinée ("pilule")

Injection de progestatif, implant de progestatif, pilule progestative avec inhibition de l'ovulation, dispositifs intra-utérins (stérilet, libérant du cuivre ou du progestatif)

Avantages et inconvénients des méthodes de la ménopause en bref :

Méthodes mécaniques :

En raison de la baisse de la fertilité chez la femme péri-ménopausée, protéger aussi Les méthodes à faible sécurité, comme le préservatif, sont suffisantes à ce stade de la vie pour protéger d'une grossesse. L'avantage est que la prise d'hormones n'est pas nécessaire pour la femme.

Pilules contenant des œstrogènes et des progestatifs :

Ces préparations ont l'avantage de bien réguler les saignements, d'influencer positivement les troubles de la ménopause et d'empêcher une dégradation osseuse précoce. Elles ne sont toutefois pas des préparations de premier choix. En effet, elles peuvent augmenter le risque d'événements cardiovasculaires (= événements affectant le système cardiovasculaire), comme l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral chez les femmes de plus de 40 ans. Cette augmentation du risque est particulièrement importante pour les femmes qui présentent des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'hypertension, l'augmentation des lipides sanguins et l'obésité.

Il est donc recommandé de procéder à un examen approfondi avant de prescrire des pilules contenant des œstrogènes pendant la ménopause.

Préparations contraceptives contenant uniquement des progestatifs (hormone du corps jaune) (pilule, injection, implant) :

Le grand avantage de ces préparations est que, selon les connaissances actuelles, elles n'augmentent pas le risque de maladies cardio-vasculaires. Comme elles sont faiblement dosées, elles sont prises sans pause. Il en résulte que les saignements menstruels sont irréguliers ou inexistant. L'absence de saignement est appréciée par de nombreuses femmes ménopausées. Il arrive parfois que les saignements durent plus longtemps. Pour les utilisatrices ayant déjà des saignements menstruels très abondants et fréquents, cela peut s'avérer problématique. L'injection 3 fois par mois entraîne tôt ou tard l'arrêt des



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

saignements chez presque toutes les femmes. Elle peut également être utilisée à titre thérapeutique en cas de myomes ou de saignements très abondants.

Dessin intra-utérin (stérilet, DIU) :

Les DIU ont généralement une durée d'action de 5 à 6 ans. Ils sont insérés dans l'utérus par le vagin et y déploient leur effet contraceptif. L'avantage est que les stérilets peuvent également être utilisés chez les femmes présentant des facteurs de risque et qu'ils sont peu contraignants à l'usage. Le stérilet hormonal libère des hormones du corps jaune dans la cavité utérine et empêche ainsi la formation mensuelle de la muqueuse. Les saignements menstruels sont presque inexistants. Cet effet est également utilisé à des fins thérapeutiques, car de nombreuses femmes souffrent tôt ou tard à la ménopause d'une perte de sang accrue due à des saignements menstruels abondants ou fréquents.

Consultation avec votre médecin de confiance :

Dans l'ensemble, les femmes en périménopause disposent d'un large éventail de méthodes contraceptives. Vers l'âge de 40 ans, il est judicieux de discuter avec votre gynécologue de l'opportunité de poursuivre la contraception actuelle ou des avantages que pourraient présenter d'autres méthodes pour vous. Votre gynécologue peut également vous conseiller sur la possibilité de traiter l'un ou l'autre trouble gynécologique par une méthode contraceptive.

Auteur:
Dr. med. A. Raggi
Centre FertiSuisse
pour le traitement de l'infertilité,
la médecine féminine et masculine
Rue de Tannwald 2
4600 Olten

Prévention du cancer du côlon



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Le cancer du côlon est la troisième maladie cancéreuse la plus fréquente dans notre société et devient de plus en plus fréquent à partir de 50 ans avec l'âge. Le cancer du côlon se développe souvent d'abord à partir d'un polype du côlon parmi d'autres, qui peut se développer sans aucun symptôme pendant de nombreuses années, pour finalement dégénérer. Le cancer du côlon peut ainsi évoluer sans être détecté jusqu'à un stade où il ne peut plus être éliminé avec succès au moment du diagnostic. Ainsi, le cancer du côlon est encore aujourd'hui l'un des cancers les plus meurtriers.

Du sang ou du mucus dans les selles ou des selles noires sont des signes de cancer du côlon, qui peuvent être détectés par une bandelette lors du dépistage. Malheureusement, ce test est très imprécis, car il peut y avoir de nombreuses autres causes, pour la plupart bénignes, à la présence de sang dans les selles et la tumeur peut se développer sur une longue période sans saignement, surtout si elle est localisée haut dans le côlon (loin de l'anus).

Il est aujourd'hui recommandé d'effectuer une coloscopie à partir de 50 ans, en particulier si des polypes ont déjà été détectés dans la famille proche. Une telle coloscopie permet de détecter la formation de polypes bénins et de les traiter localement en conséquence. De cette manière, la prédisposition individuelle au développement ultérieur d'un cancer du côlon peut être détectée à un stade précoce et des mesures préventives peuvent être mises en place.

S'il s'avère nécessaire d'instaurer un traitement hormonal en raison de troubles liés à la ménopause, celui-ci entraîne une diminution du risque de cancer du côlon. Il n'est toutefois pas judicieux d'instaurer un tel traitement hormonal avec une préparation contenant des œstrogènes en raison d'une prédisposition familiale ou de la présence de polypes du côlon.

Auteur:
Dr. med. M. Kashiwagi
Centre de santé
pour la femme
Bankstrasse 8
8610 Uster



Société Suisse d'Endocrinologie
Gynécologique et Ménopause
www.meno-pause.ch

bon à savoir

Auteur:
Dr. med. M. Kashiwagi
Centre de santé
pour la femme
Bankstrasse 8
8610 Uster

La ménopause précoce est définie comme un trouble de la fonction ovarienne qui entraîne un arrêt temporaire ou permanent des règles avant l'âge de 40 ans et qui s'accompagne de signes de carence en œstrogènes. Cette dernière se manifeste par exemple par des bouffées de chaleur et une sécheresse vaginale, souvent associées à des douleurs lors des rapports sexuels. En cas de défaillance prolongée ou permanente de la fonction ovarienne, il faut s'attendre à des répercussions sur l'ensemble du système corporel, à commencer par l'accélération de la perte osseuse (ostéoporose). Une conséquence grave de la ménopause précoce est, pour les femmes dont le planning familial n'est pas encore terminé, la perte ou du moins la réduction considérable de la fertilité (stérilité). Il est toutefois possible que la fonction ovarienne ne soit pas définitivement perdue, mais qu'elle se rétablisse, raison pour laquelle des grossesses sont encore possibles dans des cas isolés.

Raisons d'une ménopause précoce :

Les raisons d'une ménopause précoce sont souvent impossibles à déterminer (dans 90% des cas). On sait que les opérations de l'ovaire et la perte de tissu fonctionnel qui en résulte, la chimiothérapie en cas de cancer et la radiothérapie (radiothérapie) dans la mesure où les ovaires se trouvent dans la zone irradiée, peuvent entraîner une perte prématurée de la fonction ovarienne et donc une ménopause précoce et généralement définitive. Les traitements hormonaux, par exemple dans le cas du cancer du sein, ne font au contraire que supprimer temporairement la fonction ovarienne. Celle-ci se rétablit généralement après l'arrêt de l'hormonothérapie. Les maladies auto-immunes, c'est-à-dire les maladies dans lesquelles les mécanismes de défense de l'organisme, qui sont vitaux pour lutter contre les infections par exemple, sont dirigés contre ses propres tissus ou organes, peuvent également entraîner des lésions de l'ovaire et donc une ménopause prématurée. Souvent, ces processus auto-immuns affectent également d'autres glandes productrices d'hormones, ce qui peut entraîner des troubles supplémentaires de la fonction thyroïdienne et corticosurrénale. Dans environ 10% des cas de ménopause précoce, il existe une prédisposition héréditaire ou une anomalie chromosomique. Si l'on soupçonne une ménopause précoce en raison des symptômes typiques, on procède à différents examens hormonaux dans le sang (œstradiol = E2, hormone folliculo-stimulante = FSH) pour confirmer le diagnostic ou pour pouvoir exclure d'autres tableaux cliniques. En outre, les hormones thyroïdiennes et corticosurrénales (voir ci-dessus) doivent être déterminées. Une ostéodensitométrie peut être indiquée pour évaluer le risque d'ostéoporose. Des examens génétiques doivent également être envisagés.

Traitement de la ménopause précoce :

Le traitement de la ménopause précoce est déterminé par les symptômes prédominants de la patiente. En raison de l'effet systémique global de la perte précoce d'hormones, il convient d'administrer des œstrogènes, associés à un progestatif si l'utérus est encore présent. En règle générale, cela devrait être poursuivi au moins jusqu'à l'âge normal de la ménopause de la patiente. S'il existe encore un désir d'enfant, des mesures de médecine de la reproduction sont indiquées dans des institutions spécialisées.

bon à savoir



Septembre 2022

Copyright Société suisse d'endocrinologie gynécologique et la ménopause