

Comment intervenir en périménopause?

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Suzie Ouellet, M.D.

Au cours des dernières années, plusieurs études ont porté sur la ménopause, tandis que la périménopause est demeurée dans l'ombre. Parfois nommée « transition ménopausique », la périménopause fait référence à la période qui entoure la ménopause. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la périménopause comme étant la période qui englobe les deux à huit années qui précèdent la ménopause et la première année qui suit la

dernière période menstruelle.¹ Des études ont démontré que l'âge moyen du début de la périménopause est de 45,1 ans (39 à 51 ans) et que sa durée moyenne est de 5 ans (2 à 8 ans).²

Est-ce la périménopause?

La durée de la vie reproductive et l'âge auquel surviennent la périménopause et la ménopause sont variables et dépendent surtout de la déplétion folliculaire, laquelle est particulièrement accélérée autour de l'âge de 38 ans. Durant la périménopause, les ovocytes traversent un processus de déplétion accélérée et, lorsque le nombre de follicules restants chute sous un seuil critique, une augmentation de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) survient avec la perte de la cyclicité menstruelle régulière. Les facteurs qui contribuent à ce processus sont inconnus, mais il est possible, selon certaines études, de définir trois étapes de la progression de la périménopause (tableau 1).

L'image clinique de la périménopause est fort différente d'un mois à l'autre chez la même personne ainsi que d'une femme à l'autre. Il s'agit du plus grand

Le cas de Madame Tremblay

Madame Tremblay est âgée de 48 ans et elle vous consulte pour des cycles menstruels irréguliers. Depuis 7 mois, ses cycles varient de 23 à 50 jours et ses menstruations durent de 7 à 9 jours. Elle note quelques bouffées de chaleur dont la fréquence varie selon chaque mois, elle se plaint de fatigue, d'insomnie, de baisse de libido et d'une grande labilité émotionnelle.

Son emploi à temps plein semble très exigeant, elle fume 15 cigarettes par jour et consomme du vin pour se détendre (3 verres par jour). « Suis-je en période de ménopause ? », vous demande-t-elle.

Que lui répondrez-vous?

Tableau 1

Les étapes de progression de la périménopause

1. Précoce : modification de la longueur du cycle et du flot menstruel, mais régularité conservée.
2. Moyenne : premières irrégularités du cycle, sans arrêt menstruel.
3. Tardive : arrêt occasionnel des menstruations.

Adapté de : Mitchell ES, Woods NF, Mariella A : Three stages of the menopausal transition from the Seattle midlife women's health study: Toward more precise definition. *Menopause* 7(334):49, 2000.

défi pour l'évaluation et le traitement de la patiente périménopausée.

Comment poser le diagnostic?

La confirmation de la périménopause repose habituellement sur l'historique médical de la patiente et sur les symptômes présents (cycles irréguliers, bouffées de chaleur, etc.), tout en éliminant les autres causes médicales possibles de ces malaises (diabète, troubles thyroïdiens, hypertension, grossesse et maladies utérines).³ À peu près tous les modèles menstruels sont possibles durant la périménopause découlant de fluctuations hormonales (FSH, œstradiol) variables et imprévisibles, et cela rend les dosages hormonaux inutiles lors du diagnostic de la périménopause.



La **Dre Ouellet** est gynécologue-obstétricienne, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Elle est chargée de formations cliniques et s'intéresse particulièrement à la ménopause et à l'infertilité.

Tableau 2

Les symptômes de la périménopause

- Saignements utérins anormaux
- Symptômes vasomoteurs
- Sensibilité mammaire
- Symptômes génitaux
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'humeur

Les dosages de FSH, d'hormone lutéinisante (LH) et d'œstradiol peuvent être déterminés afin de vérifier le statut ménopausique chez la patiente ayant subi une hystérectomie, lorsqu'un déficit ovarien prématuré est soupçonné et, enfin, dans le but de prédire la réserve ovarienne chez la femme souhaitant une grossesse et s'approchant de la fin de sa période féconde (FSH > 30 UI/l stable et œstradiol <100pmol/l, signes de non fécondité). Ces dosages doivent être effectués au début de la phase folliculaire.⁴

Quels sont les symptômes?

La transition ménopausique s'effectue d'une manière très instable, alors les symptômes cliniques (tableau 2) qui en découlent sont eux aussi instables et imprévisibles, d'où la nécessité d'individualisation lors de la prise en charge des patientes. Même s'ils ne représentent pas nécessairement un risque pour la santé, les symptômes de la périménopause peuvent être inquiétants et fort incommodes et ils peuvent également nuire à la qualité de vie des femmes périménopausées. Ainsi, chaque médecin doit être à l'écoute de ces inquiétudes et détecter les risques de maladies graves (maladies coronariennes, ostéoporose et hypertension).

Les saignements utérins anormaux. Il s'agit du symptôme le plus fréquemment associé à la périménopause. Les cycles menstruels peuvent être plus courts (ovulation précoce, phase folliculaire courte, phase lutéale courte), mais ils sont plus longs lorsqu'il y a anovulation. Le clinicien devra cependant différencier les saignements irréguliers des saignements anormaux (tableau 3). Ces derniers exigent une investigation médicale afin d'éliminer l'anovulation, les troubles thyroïdiens, les fibromes, les anomalies endométriales, les troubles de coagulation, les saignements extra-utérins, les néoplasies et afin de déceler une grossesse.

Enfin, l'aménorrhée ne doit pas être attribuée automatiquement à la ménopause. Une grossesse doit être soupçonnée, de même que certaines causes hypothalamiques (modification du poids, exercices).

Les symptômes vasomoteurs. Des bouffées de chaleur sont ressenties chez plus de 85 % des femmes en périménopause, mais cela varie selon la nationalité de chacune.⁵ Même si les causes qui entraînent ces symptômes sont encore controversées à ce jour, l'administration de faibles doses d'œstrogènes a démontré une bonne efficacité pour diminuer la fréquence et l'intensité de ces symptômes.³ Peu d'études ont estimé de façon quantitative les effets que les bouffées de chaleur peuvent avoir sur la qualité de vie, mais les conséquences qu'ont ces dernières sur les activités quotidiennes et la qualité du sommeil sont bien connues.

La sensibilité mammaire. Voilà un symptôme fréquemment rencontré en début de périménopause. La sensibilité mammaire survient à différentes phases du cycle menstruel et diminue au fur et à mesure que la période transitionnelle avance.⁶

Les symptômes génitaux. Un des premiers changements notés lors de la périménopause est la diminution de la lubrification vaginale durant la phase d'excitation

Tableau 3

Les saignements anormaux : évaluation clinique obligatoire

- Saignements utérins de plus de 10 jours
- Cycles menstruels plus courts que 21 jours
- Saignements intermenstruels
- Saignements postcoïtaux

sexuelle.⁶ Plusieurs patientes rapportent même une sécheresse vaginale. L'incontinence urinaire, bien que fréquemment rapportée par les patientes en période de périménopause, ne semble pas reliée à la modification hormonale, mais bien au vieillissement. Une baisse de libido est également fréquente lors de cette période et, comme première intervention thérapeutique à ce niveau, les facteurs physiques, psychologiques et sociaux devront être évalués et éliminés.



Tableau 4

L'approche thérapeutique pour certains symptômes de la périménopause

Saignements utérins anormaux

- Progestérone
- Contraceptif oral à faible dose
- Stérilet à base progestative
- Danazol

Symptômes vasomoteurs

- Contraceptif oral à faible dose en continu ou ajout d'œstrogènes durant la semaine d'arrêt
- Progestatif (acétate de mégestrol [20 à 80 mg intradermique] ou acétate de noréthindrone [10 mg intradermique])
- Hormonothérapie de remplacement (faibles doses : œstrogène [0,3 mg] et progestatif)
- Clonidine (0,4 mg intradermique)
- Antidépresseur (venlafaxine [37,5 à 150 mg intradermique])
- Phytœstrogènes alimentaires (actée à grappes [20 mg, 2 fois par jour])
- Mode de vie (exercices, pas de caféine, pas d'alcool, pas de sucre)

Symptômes génitaux

- Lubrifiant ou gel
- Crème vaginale à base d'œstrogène
- Anneau vaginal hormonal
- Poursuivre une activité sexuelle régulière

Les troubles du sommeil. Les troubles du sommeil sont fréquemment rapportés par les femmes périménopausées. Ils varient grandement, peuvent être chroniques ou transitoires et ne sont pas nécessairement reliés aux modifications hormonales notées lors de cette période. Il faut éliminer tous les autres facteurs, tels que les troubles hypothalamiques, les horaires de sommeil irréguliers, le tabac, l'alcool, la caféine, la médication, l'anxiété et les douleurs physiques.⁷ Il peut s'agir d'insomnie initiale (diffi-

cultés à s'endormir), moyenne (sommeil agité et éveils au milieu de la nuit) ou terminale (éveils précoces sans être capable de se rendormir).

Les troubles de l'humeur. Des études de cohortes indiquent un important taux de dépression chez les femmes périménopausées, et ce, particulièrement chez les femmes qui possèdent un antécédent de dépression.⁸ Certains des symptômes somatiques et psychologiques associés à la périménopause peuvent être difficiles à distinguer de ceux associés à certains troubles dépressifs. Une évaluation clinique détaillée des antécédents, une confirmation de l'état de périménopause et l'utilisation d'échelles normalisées de mesure de l'humeur facilitent le diagnostic.⁸ Si un traitement hormonal est entrepris pour traiter des troubles psychologiques, une non-réponse au traitement après une période de six à huit semaines nécessite une évaluation plus poussée. Il ne faut pas oublier que les femmes en périménopause vivent des modifications majeures par rapport à leur rôle social et qu'elles sont également exposées à d'autres circonstances stressantes dans leur vie.

Quelle est l'approche thérapeutique?

Même si la périménopause est un phénomène peu étudié, plusieurs approches thérapeutiques médicamenteuses ou non existent pour la traiter. La période de transition ménopausique représente une excellente occasion d'effectuer une prise en charge globale de la santé. Lors de la sélection d'un plan de traitement, plusieurs facteurs doivent être évalués :

1. les modifications hormonales imprévisibles (fertilité compromise, mais contraception encore nécessaire);
2. la gravité des symptômes;

3. l'évaluation des facteurs de risque (ostéoporose et maladies cardiovasculaires);
4. l'évaluation des habitudes de vie (tabac, alcool, poids, exercice).

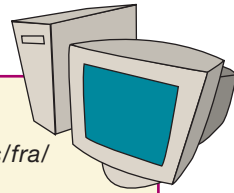
Enfin, il demeure primordial d'évaluer les risques et les avantages de chaque traitement disponible (individualisation) et d'impliquer la patiente dans le processus de décision.

La plupart des femmes en péri-ménopause ne requièrent aucune intervention médicale, mais le médecin doit leur expliquer les phénomènes physiologiques normaux et les symptômes de la péri-ménopause et il doit évaluer la nécessité de recourir à des thérapies médicamenteuses ou autre. Un sommaire des traitements disponibles pour soulager certains symptômes de la péri-ménopause est présenté au tableau 4.

La transition ménopausique est une période d'investigations cliniques actives et de recherches épidémiologiques. Il est fortement recommandé d'utiliser le terme « péri-ménopause » selon sa définition plutôt que de l'appliquer de façon générale aux femmes âgées entre 40 et 50 ans qui présentent des cycles menstruels réguliers et qui sont asymptomatiques. *Clin*

Références

1. World Health Organisation. Scientific Group on Research on the menopause in the 1990s : *WHO Technical Report Series*. Genève, Suisse, WHO, 1996, p. 866.
2. Speroff L : Management of the perimenopausal transition. *Contemp Obstet Gynecol* 10(14):37, 2000.
3. Clinical challenges of perimenopause : Consensus opinion of the North American Menopause Society. *7(5):13*, 2000.
4. Contestabile E, Derzko C : Péri-ménopause. *J Obstet Gynaecol Can* 23(9):863-9, 2001.
5. McKinlay SM, Jefferys M : The menopausal syndrome. *Br J Prev Soc Med* 28(108):15, 1974.
6. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG : A prospective population based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 96(351):8, 2000.



À visiter :

1. www.ippf.org/medical/imap/statements/fra/pdf/1996_10a.pdf
2. www.cwhn.ca/ressources/kickers/perimeno-pause.html
3. www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/96/so-mmaire.htm#perimen

7. Regestein QR : Menopausal aspects of sleep disturbance. In : Lorrain J, Plouffe L, Ravnikar VA et al. EDS : *Comprehensive management of menopause*. Springer-Verlag, New York, 1994, p. 358-366.
8. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB : Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 26(279):94, 1997.

www.stacommunications.com



Cet article est disponible en ligne.
Visitez *Le Clinicien*.

Voir les questions les plus fréquemment posées au sujet de la péri-ménopause dans la rubrique *Consultation éclair* à la page 17.

VOICI



Nexium[®]

esomeprazole

Nexium[®] est indiqué dans le traitement des affections où une diminution de la sécrétion acide gastrique est nécessaire. Veuillez consulter la monographie pour connaître le type de patients, les précautions et les mises en garde.

Nexium est une marque de commerce d'AstraZeneca AG utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca 

SSL-1181

