

La ménopause en détail

Ce dossier vous propose de tout savoir sur la ménopause : les symptômes, les traitements hormonaux et alternatifs, les bouffées de chaleur...

Page 1/17 - La ménopause en détail

La ménopause correspond à la fin de la période de reproduction de la femme. Elle se déclenche généralement vers 50 ans et s'accompagne de symptômes plus ou moins gênants, que les traitements hormonaux tentent de diminuer. Le signe le plus clair de ménopause est l'aménorrhée définitive, qui arrive après une période de préménopause.

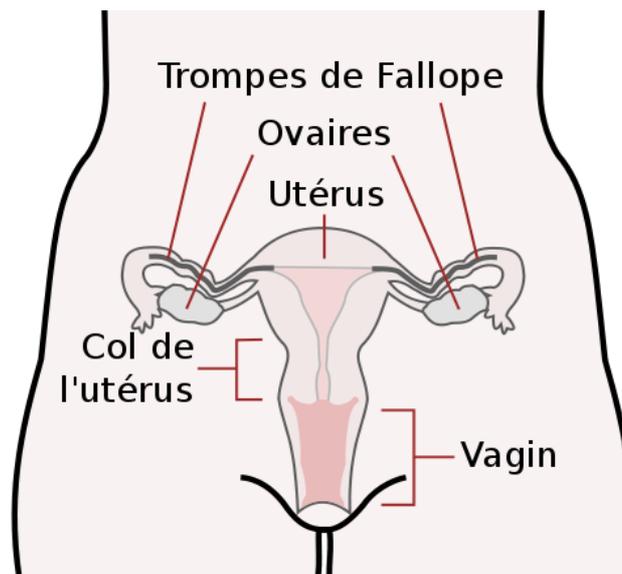


La ménopause est un phénomène naturel qui intervient vers 50 ans. © Pimmo, Flickr, CC by nc 2.0

Ce dossier commencera par établir le déroulement du cycle féminin afin de comprendre la période de la périménopause et ses symptômes. Viendront ensuite les symptômes de la ménopause même, avec des gênes qui peuvent être diminuées selon les traitements (bouffées de chaleur, fatigue, trouble du sommeil...), qu'ils soient hormonaux ou alternatifs comme la phytothérapie. Enfin, vous pourrez suivre les conseils essentiels pour bien vivre la ménopause : quels examens faire pour établir un *check-up* santé et comment garder une bonne hygiène de vie.

Page 2/17 - Le cycle féminin, de la puberté à la ménopause

Pour comprendre la ménopause, il faut d'abord comprendre le cycle féminin. Dès la puberté et jusqu'à la cinquantaine, le corps de la femme suit un cycle d'environ 28 jours, au cours duquel certaines hormones varient selon un schéma bien défini, pour permettre une éventuelle fécondation.



À la puberté, le cycle féminin commence. À la ménopause, l'ensemble de l'appareil reproducteur féminin arrête de fonctionner suite à l'arrêt de la production d'hormones ovariennes. © Mysid

Anatomie de la femme : les organes reproducteurs

Avant d'aller plus loin, un petit cours de biologie s'impose : la femme possède deux ovaires, situés de part et d'autre de l'utérus. Ces deux petites boules oblongues mesurent environ 4 cm chacune à l'âge adulte. Les ovaires constituent une partie essentielle des organes reproducteurs de la femme. Ils stockent les ovocytes qui serviront à procréer et produisent plusieurs hormones féminines cruciales dans le cycle menstruel. Quant à l'utérus, c'est lui qui abrite le fœtus pendant toute la grossesse. Il est relié aux ovaires par les trompes de Fallope et à l'extérieur via le vagin, dont il est séparé par le col de l'utérus. Lors d'un accouchement par voie basse, ce col se dilate pour laisser passer le fœtus.

Déroulement du cycle menstruel

Le cycle menstruel se déroule sur une période de 28 jours en moyenne, mais sa durée varie beaucoup d'une femme à l'autre et même d'un mois à l'autre. Il est le fruit d'un dialogue étroit entre les organes génitaux et... le cerveau !

- La phase folliculaire

Le premier jour des règles correspond au premier jour du cycle. Le corps va alors envoyer un signal à l'hypophyse, une glande située à la base du cerveau. C'est le moment pour elle de lancer la production de FSH, ou hormone folliculostimulante. Comme son nom l'indique, la FSH a pour rôle de stimuler le développement des follicules, ces petites cavités qui se trouvent dans les ovaires et contiennent chacune un ovocyte, c'est-à-dire un ovule non encore arrivé à maturation. La quantité de FSH produite augmente au fil des jours et, dans la plupart des cas, un follicule prend le pas sur les autres, permettant la maturation d'un ovocyte qui va devenir ovule. Tout cette période qui précède l'ovulation correspond à la phase folliculaire.

Parallèlement, la FSH va déclencher une production progressive d'œstrogènes par les ovaires. Elle est minimale au premier jour du cycle mais augmente dès le début des règles. Ces hormones (le terme œstrogènes regroupe à la fois l'œstradiol, l'estriol et l'estrone) sont responsables de l'épaississement de l'endomètre, la paroi de l'utérus, qui se prépare à accueillir un embryon dans le cas où il y aurait fécondation.

Le taux d'œstrogènes va continuer à augmenter pendant toute cette première phase. Au bout d'une douzaine de jours, ce taux, arrivé pratiquement à son maximum, va déclencher la production par l'hypophyse d'une autre gonadotrophine : l'hormone lutéinisante (LH). Sa production survient sous forme de pic, qui enclenche la fin de la maturation de l'ovule et son expulsion du follicule : c'est l'ovulation. Elle se produit généralement au 14^e jour du cycle,

mais ce n'est pas une règle immuable : cela dépend de la longueur du cycle.

L'ovule est expulsé de l'ovaire vers la trompe de Fallope. S'il n'est pas fécondé dans les 24 heures qui suivent, il meurt.

- La phase lutéale

Commence alors la phase dite lutéale. Le follicule qui avait abrité l'ovule va se transformer en corps jaune sous l'effet de la LH et commencer à produire une autre hormone féminine : la progestérone. Celle-ci a pour rôle de renforcer la muqueuse utérine dans le cas où il y aurait fécondation. Au fil des jours, ce corps jaune va aussi commencer à produire des œstrogènes. Les taux de ces deux hormones augmentent progressivement pendant cette seconde partie du cycle, incitant ainsi l'hypophyse à stopper sa production de FSH et de LH. C'est à ce moment que peut intervenir le syndrome prémenstruel chez certaines femmes : tensions dans les seins, ventre gonflé, émotivité accrue...

S'il n'y a pas eu fécondation, le corps jaune dégénère : la production d'hormones commence à diminuer, pour finir par se taire totalement à la fin du cycle. En conséquence, la paroi utérine, qui n'est plus alimentée par ces hormones, va commencer à se détacher. Ces morceaux de muqueuse sont évacués vers l'extérieur : c'est le premier jour des règles.

Conclusion sur le cycle féminin

Ce phénomène se reproduit chaque mois, de la puberté à la ménopause, avec plus ou moins de régularité. À la naissance, la petite fille possède environ 200.000 ovocytes à l'état non mature, susceptibles de devenir des ovules viables. Dès la puberté, chaque mois, plusieurs centaines d'ovocytes vont tenter de venir à maturité. Un seul y parviendra complètement, les autres seront détruits. C'est celui-là que l'ovaire expulsera vers la trompe de Fallope en vue d'une éventuelle fécondation.

Le cycle de la femme est le fruit d'un dialogue hormonal permanent entre ses organes génitaux, notamment les ovaires, et l'hypophyse. Avec le temps, ce mécanisme va finir par s'enrayer. L'ovulation et les règles vont cesser progressivement pour aboutir à la stérilité naturelle de la femme : c'est la ménopause.

Page 3/17 - Symptômes de la préménopause et signes de la périménopause

La ménopause est un phénomène physiologique qui se caractérise par l'arrêt du fonctionnement des ovaires : il n'y a plus d'ovulation et la production d'hormones cesse progressivement. En conséquence, les règles disparaissent. Mais avant l'arrêt définitif des menstruations, la femme connaît une période de temps durant laquelle les règles sont irrégulières, c'est la préménopause. Quels en sont les symptômes ? Qu'est-ce que la périménopause ?



En France, l'âge moyen de la ménopause est de 51 ans. Quels sont les symptômes de la préménopause ? Quand parle-t-on de périménopause ? © Fotolia

Arrêt des hormones et fin du cycle féminin

Au fil des ans, la quantité d'ovocytes disponibles diminue. De même, ils deviennent souvent moins « performants ». C'est une des raisons pour lesquelles les grossesses tardives, après 40 ans, sont plus risquées. Vers l'âge de 43 ans, la « mécanique » commence à s'enrayer : il y a parfois des mois sans ovulation (mais les règles peuvent perdurer). Puis les règles se font plus irrégulières. Les taux d'hormones féminines commencent à diminuer, c'est pourquoi le cycle n'est plus régulier ni automatique. Après un certain temps, souvent plusieurs années, les hormones finissent par s'arrêter complètement. Il n'y a plus de règles du tout et plus aucune possibilité de procréer : c'est la ménopause. En France, l'âge moyen de la ménopause est de 51 ans, mais il varie beaucoup d'une femme à l'autre et l'on considère généralement qu'elle intervient entre 40 et 55 ans lorsqu'il s'agit d'une ménopause naturelle.

La période de la préménopause

Mais cet arrêt définitif n'est en fait que le résultat d'un long processus. Avant que le système reproducteur s'arrête complètement de fonctionner, il y a toute une période de « flou », qui dure généralement plusieurs années et pendant laquelle les hormones jouent au yoyo. On parle de préménopause. Le phénomène commence aux alentours de 42 ans mais l'on n'emploie ce terme qu'après plusieurs années, autour de 47 ans en moyenne. C'est d'abord la production de la progestérone, en seconde phase du cycle menstruel, qui va diminuer. En conséquence, les cycles vont se modifier un peu : ils deviennent moins réguliers et, surtout, les règles peuvent devenir plus abondantes ou durer plus longtemps. Ces saignements abondants peuvent notamment provoquer, outre un inconfort certain, une anémie : la femme se sent alors fatiguée, essoufflée... Une supplémentation en fer pourra l'aider à retrouver son tonus.

Il s'écoule le plus souvent plusieurs années avant que les œstrogènes se mettent elles aussi à se dérégler. Leur production augmente fortement, puis baisse soudainement : l'horloge est dérégulée. On entre dans la préménopause, dont les dernières années sont englobées dans périménopause (voir plus loin). Dans les phases d'hyperœstrogénie, la femme peut ressentir des tensions dans les seins et dans le bas-ventre, un peu comme avant d'avoir ses règles. De la même façon, elle est souvent plus irritable qu'en temps normal, plus émotive et sensible. Physiquement, ces variations hormonales peuvent là encore se traduire par des règles très abondantes, voire par des saignements entre les règles, qui peuvent d'ailleurs être plus rapprochées. Cette période est difficile à vivre car, outre la charge émotionnelle importante qu'elle véhicule, elle laisse la femme dans l'incertitude de son cycle : quand les règles vont-elles survenir ?

Faut-il se protéger ? Peut-on prévoir une séance de sport ?

La seconde phase s'appelle la périménopause, elle se caractérise par une chute de la production des œstrogènes. Cette fois, cela va provoquer un arrêt progressif des règles. Elles vont d'abord devenir moins fréquentes, puis finir par s'arrêter complètement. Deux autres symptômes physiques sont clairement liés à cette période de périménopause : une petite prise de poids (entre 2 kg et 4 kg en moyenne), qui n'est pas systématique, et des bouffées de chaleur. Nous aborderons ces phénomènes dans les pages suivantes car ils sont communs à ceux de la ménopause.

Après quelque temps, les règles disparaissent complètement. Lorsqu'une femme en période de préménopause n'a pas eu ses règles depuis au moins douze mois, on considère qu'elle est ménopausée : le phénomène de transformation est terminé et la femme atteint une nouvelle phase « de croisière ».

Préménopause et périménopause : à ne pas confondre

Préménopause, périménopause... ces deux termes sont souvent utilisés, parfois indiqués comme synonymes. Pourtant, ils désignent une réalité différente. Pour résumer :

- la préménopause est une période d'irrégularité du cycle féminin, qui commence généralement vers 45 ans et qui dure plusieurs années ;
- la périménopause englobe la fin de cette période d'irrégularité et l'année suivant l'arrêt définitif des règles ;
- la ménopause est l'arrêt définitif des règles.

Page 4/17 - Ménopause précoce et ménopause artificielle

Comme pour n'importe quel phénomène naturel, la ménopause ne survient jamais exactement de la même façon d'une femme à l'autre. Elle peut notamment être déclenchée de façon brutale ou précoce. On parle de ménopause précoce et de ménopause artificielle.



La ménopause peut se déclencher naturellement avant 40 ans, c'est la ménopause précoce. Mais elle peut aussi arriver après un traitement ou une opération, on parle alors de ménopause artificielle. © Hugrakka, Flickr, cc by nd 2.0

La ménopause précoce : avant 40 ans

On parle de ménopause prématurée ou précoce quand elle survient avant l'âge de 40 ans. Le processus et les

symptômes sont exactement les mêmes que dans le cadre de la ménopause intervenant à l'âge « normal ». On ne sait pas pourquoi certaines femmes sont ménopausées plus tôt que d'autres. Il ne semble pas que l'âge des premières règles ait une influence quelconque. En revanche, la génétique jouerait un rôle. Ainsi, si l'on compare l'âge de survenue de la ménopause chez les femmes d'une même famille, on note qu'il est souvent approchant. Si la mère a été ménopausée jeune, il y a un risque que la fille le soit aussi, et inversement. Il n'y a toutefois rien de systématique. On n'en sait pas plus aujourd'hui sur les gènes qui seraient impliqués dans ce phénomène.

La ménopause artificielle : quelles causes ?

La ménopause artificielle peut survenir après une opération chirurgicale ou une maladie. C'est le cas lorsque les médecins doivent procéder à l'ablation des deux ovaires. Sans eux, pas de cycle hormonal, pas de règles : c'est la ménopause brutale. L'hystérectomie (ablation de l'utérus), en revanche, ne provoque pas de ménopause : les ovaires sont toujours là pour produire des hormones et assurer un cycle menstruel. En revanche, puisqu'il n'y a plus d'utérus ni, donc, de muqueuse, les règles s'arrêtent.

La ménopause peut aussi être provoquée par **un traitement médical**. C'est souvent le cas lors d'une radiothérapie. Elle est alors irréversible.

Certains **traitements hormonaux**, notamment dans le traitement du cancer du sein, visent par définition à provoquer une ménopause artificielle pour traiter un cancer hormonodépendant. Ce type de ménopause est réversible : à l'arrêt du traitement, les cycles peuvent reprendre, même si cela peut prendre un peu de temps.

La **chimiothérapie** peut elle aussi provoquer une ménopause temporaire. En luttant contre les cellules cancéreuses, le traitement peut endommager voire décimer les cellules folliculaires contenues dans les ovaires et provoquer les symptômes classiques de la ménopause. Mais les œstrogènes peuvent se remettre en action si certains follicules ont résisté à la chimiothérapie. Il est alors possible, même, d'envisager une grossesse.

Certaines **maladies auto-immunes** ont également pour effet secondaire de déclencher une ménopause précoce. Ce peut-être le cas (mais ce n'est pas systématique) de la maladie d'Addison, de la maladie de Crohn ou d'une hypothyroïdie non soignée. Ce type de situation représenterait environ 1 cas de ménopause prématurée sur 5.

Conclusion sur la ménopause précoce et la ménopause artificielle

La ménopause n'intervient donc pas toujours de façon naturelle. De nombreuses maladies ou traitements peuvent la provoquer. Heureusement, dans certains cas, elle est réversible et la patiente pourra même envisager de tomber enceinte à l'arrêt du traitement.

Page 5/17 - Les symptômes de la ménopause

Le plus désagréable, finalement, dans cet événement biologique, c'est le cortège de symptômes de la ménopause. Ils sont principalement dus à la chute des œstrogènes.

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
1 V Jour de l'an	1 L Elia	1 L Adrien	1 V Hugues	1 S Fête du travail	1 M Jean
2 S Basile	2 M Présentation	2 M Charles le Bon	2 V Sandrine	2 S	2 M Blainde
3 M Blaise	3 M Blaise	3 M Quirine	3 S Richard	3 L Philippe-Jacques	3 J Kevin
4 L Orlan	4 J Catherine	4 J Casimir	4 M Sylvain	4 M Sylvain	4 V Colette
5 M Edouard	5 V Agathe	5 V Olive	5 L Inès	5 M Judith	5 S Igor
6 M Marthe	6 S Gaston	6 S Colette	6 M Marcelin	6 J Prudence	6 S
7 J Raymond	7 M Apolline	7 M François	7 M J.B. de la Salle	7 V Gisèle	7 L Gilbert
8 V Lucien	8 L Jacqueline	8 L Jean de Dieu	8 J Julie	8 S Armistice 1945	8 M Médard
9 S Aïda	9 M Apolline	9 M Françoise	9 V Gaëtan	9 M Danièle	9 M Danièle
10 L	10 M Amaud	10 M Vivian	10 S Fulbert	10 L Solange	10 J Landry
11 L Pauline	11 J Hélène de Lourdes	11 J Rosine	11 M Estelle	11 M Estelle	11 V Bernard
12 M Tatiana	12 V Félia	12 V Justine	12 L Jules	12 M Achille	12 S Guy
13 M Yvette	13 S Blaince	13 S Rodrigue	13 M Ida	13 V Mathias	13 S
14 J Nona	14 L	14 M Marceau	14 M Marceau	14 L Elsie	14 L Elsie
15 V Rami	15 L Claude	15 L Louise	15 J Paterno	15 S Denise	15 M Germaine
16 S Pascal	16 M Julienne	16 M Benoît	16 M Benoît-Joseph	16 S	16 M J.F. Riggs
17 M	17 M Alexis	17 M Patrice	17 S Ansoif	17 L Pascal	17 J Hervé
18 L Phoca	18 J Bernadette	18 J Cyrille	18 S	18 M Eric	18 V Léonce
19 M Manu	19 V Gabin	19 V Joseph	19 S	19 M Yves	19 S
20 M Sébastien	20 S Anika	20 S Printemps	20 M Olette	20 J Bernard	20 S
21 J Agathe	21 L	21 M Victorien	21 M Anselme	21 V Constantin	21 L Ed
22 V Vincent	22 L Isabelle	22 L Léa	22 J Alexandre	22 S Estelle	22 M Alban
23 S Bernard	23 M Lazare	23 M Victorin	23 V Georges	23 L Donatien	23 M Audry
24 L	24 M Modeste	24 M Catherine1	24 S Fédèle	24 L Donatien	24 J Jean-Baptiste
25 L Com. de Paul	25 J Roméo	25 J Annonciation	25 S	25 M Sophie	25 V Prosper
26 M Paulin	26 V Hado	26 V Lantia	26 M Adèle	26 M Bénigne	26 S Annelind
27 M Angèle	27 S Héroïne	27 S Habib	27 M Zita	27 J Augustin1	27 S
28 J Th. d'Aquin	28 S Roméo	28 L Orléans	28 M Valérie	28 V German	28 L Idélie
29 V Gilles	29 M	29 L Orléans	29 S Cath. de Senne	29 S Jumar	29 M Pierre-Paul
30 S Martine	30 S	30 M Anikée	30 V Robert	30 S	30 M Martial
31 S	31 M Benjamin	31 M Benjamin	31 L	31 L Vibration	31 V

JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
1 J Thierry	1 L Jules	1 M Gene	1 V Trés. de l'E. Jésus	1 L Toussaint	1 M Florence
2 V Martinon	2 L Julien Eymard	2 J Ingrid	2 S Léger	2 M Défunts	2 J Viviane
3 S Thomas	3 M Lydie	3 V Grégoire	3 L	3 M Rubert	3 V François Xavier
4 L	4 M Jean-M. Vianney	4 S Rosalie	4 S François d'Assise	4 J Charles	4 S Barbara
5 L Antoine	5 J Abel	5 L	5 M Fleur	5 V Sylvie	5 S
6 M Marthe	6 V Transfiguration	6 L Bertrand	6 S	6 S Béatrice	6 L Noélie
7 M Raoul	7 S Gaston	7 M Rame	7 J Serge	7 M Ambroise	7 M Ambroise
8 J Thibault	8 L Anouk	8 M Nativité	8 V Piège	8 L Geoffrey	8 M Imn. Conception
9 V Armandine	9 M Laurent	9 J Alban	9 S Denis	9 M Théodore	9 V Romaric
10 S Ulrich	10 M Laurent	10 V Inès	10 S Denis	10 M Léon	10 V Romaric
11 L	11 M Clara	11 S Adolphe	11 L Fernon	11 J Armistice 1918	11 S David
12 L Olivier	12 J Clarisse	12 S	12 M Wilfrid	12 V Christian	12 S
13 M Henri-Joël	13 V Hippolyte	13 L Aimé	13 M Gérard	13 S Broc	13 L Lucie
14 M Fête nationale	14 S Stanislas	14 M Océ. Glorieuse	14 J Juliette	14 S	14 M Odile
15 J Donald	15 M Roland	15 M Roland	15 V Thérèse d'Avila	15 L Albert	15 M Nilon
16 V Nô M. Carmel	16 J	16 J Scott	16 S Edouard	16 M Marguerite	16 J Alice
17 S Charlotte	17 M Hyacinthe	17 V Renaud	17 S	17 M Elisabeth	17 V Gail
18 L	18 M Hélène	18 S Nadège	18 L Luc	18 J Jude	18 S Gaston
19 L Anine	19 J Jean Eudes	19 M	19 M René	19 V Tanguy	19 M Henri
20 M Marina	20 V Bernard	20 L Davy	20 M Adeline	20 S Edmond	20 L Théoquia
21 M Victor	21 S Christophe	21 M Mathieu	21 M	21 S	21 M Henri
22 J Marie Madeleine	22 S Maurice	22 M Maurice	22 V Elodie	22 L Clécie	22 M Françoise Xavier
23 V Brigitte	23 L Rose de Lima	23 J Aubertine	23 S Jean de Capistran	23 M Clément	23 J Armand
24 S Christine	24 M Barthélemy	24 V Théo	24 M	24 M Flora	24 V Adèle
25 J Marie Madeleine	25 M Louise	25 S Hermann	25 L Orpion	25 J Catharine2	25 S Noël
26 L	26 J Nathalia	26 M	26 M Dorian	26 V Capeline	26 V
27 M Nathalie	27 V Monique	27 L Vincent de Paul	27 M Emeline	27 S Sévère	27 L Jean
28 M Samson	28 S Augustin2	28 M Vincent	28 Juliette	28 M Innocents	28 M Innocents
29 M Marie	29 M Michel	29 M Michel	29 V Narcisse	29 M Saturnin	29 M Daniel
30 V Juliette	30 L Flaco	30 J Jérôme	30 S Bienvenue	30 M André	30 J Roger
31 S Ignace de Loyola	31 M Assise	31 M Assise	31 L	31 V	31 V Synesio

Parmi les symptômes de la ménopause : l'irrégularité des règles. Au-delà de douze mois d'aménorrhée, on considère qu'une femme est ménopausée. © DR

Tout commence pendant la périménopause et dure pendant plusieurs années après l'arrivée officielle de la ménopause. Les femmes ne sont pas sur un pied d'égalité face aux symptômes de la ménopause : alors que certaines les remarquent à peine, d'autres peuvent en souffrir véritablement.

L'aménorrhée, symptôme de la ménopause

Le premier symptôme clinique qui concerne toutes les femmes est l'arrêt des menstruations ou **aménorrhée**. Au départ irrégulières et espacées (de 45 à 50 ans environ), les règles disparaissent au fur et à mesure que la femme entre dans sa phase ménopausique.

Liste des symptômes de la ménopause

D'autres symptômes sont bien connus :

- les bouffées de chaleur ;
- la perte de libido et la sécheresse vaginale ;
- les troubles du sommeil, la prise de poids et la fatigue.

Tous sont développés dans les pages suivantes.

Page 6/17 - Ménopause : les bouffées de chaleur

Autre signe caractéristique, voire emblématique de la périménopause et de la ménopause : les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes.



Les bouffées de chaleur sont un des symptômes les plus pénibles de la ménopause. © Fotolia

Bouffées de chaleur : 70 % des femmes concernées

Ces manifestations vasomotrices concernent près de 70 % des femmes dans cette phase de leur vie. Il s'agit du symptôme le plus répandu. Une sensation de grosse chaleur survient au niveau de la partie haute du corps, de l'abdomen à la surface du visage en passant par le cou et le dos. La durée est relativement courte puisque, même si elles se succèdent, les bouffées de chaleur varient entre quelques secondes et quelques minutes. Elles peuvent se répéter jusqu'à 20 fois par jour.

Ce sont les variations hormonales qui semblent en cause dans ce phénomène, même si l'on ne sait pas encore décrire de façon précise ce qui se passe dans l'organisme. Il semble que ces variations induisent un changement de la synthèse de certains neurotransmetteurs, conduisant l'organisme à penser qu'il fait chaud soudainement, alors que ce n'est pas du tout le cas.

Bien qu'elles ne soient pas dangereuses, ces bouffées de chaleur peuvent véritablement gâcher le quotidien des femmes qui les subissent, parfois jusqu'à les empêcher de travailler. Sans traitement, elles durent en moyenne 4 à 5 années avant de s'estomper.

Page 7/17 - Ménopause : sécheresse vaginale et perte de libido

La sécheresse vaginale est autant gênante physiquement que psychologiquement. Lors de la ménopause, elle est courante et s'accompagne généralement d'une perte de la libido. Ce symptôme trouble la sexualité et multiplie les risques d'infections gynécologiques.



La sécheresse vaginale, un symptôme de la ménopause, qui entraîne également souvent une perte de libido. © Phovoir

Les causes de la sécheresse vaginale à la ménopause

L'arrêt de la production d'hormones œstrogéniques peut également provoquer une certaine sécheresse vaginale, entraînant une dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), la sécrétion du mucus sur les parois (réceptives à la présence d'œstrogènes) s'affaiblit brusquement. La vulve s'assèche elle aussi et devient très sensible. Des picotements voire des brûlures et des démangeaisons au niveau du vagin se font ressentir et les rapports sexuels deviennent douloureux.

Traitement de la sécheresse vaginale : attention aux problèmes urinaires

Des solutions existent pour calmer cet inconfort mais attention aux mycoses (notamment le *Candida albicans*, source de candidose) et autres problèmes urinaires (cystites, infectieuses ou non, envie d'uriner plus fréquentes) qui peuvent surgir.

La perte de libido

Ces symptômes peuvent expliquer partiellement la chute de la libido fréquemment ressentie pendant les premières années de la ménopause. Mais cette perte de désir n'est ni systématique ni définitive : 80 % des femmes entre 50 et 60 ans sont sexuellement actives.

Page 8/17 - Ménopause : prise de poids, trouble du sommeil et fatigue

Autres conséquences directes des bouleversements hormonaux de la ménopause : une fatigue accrue, une prise de poids et des troubles du sommeil.



Outre la prise de poids, la ménopause engendre également parfois une fatigue plus importante. © Phovoir

Fatigue et troubles du sommeil à la ménopause

Souvent liés à la ménopause, fatigue et troubles de l'humeur se font plus ressentir. Il n'est pas rare que la femme en période de ménopause soit plus sensible qu'en temps normal, plus facilement déprimée et irritable. Ce syndrome ressemble un peu à celui qu'éprouvent certaines femmes juste avant les règles, en plus intense et plus long. Ajoutez à cela qu'il s'agit pour la femme d'un tournant dans sa vie, il semble logique que cette période puisse être teintée d'un certain vague à l'âme. Heureusement, il n'y a rien d'inéluctable et beaucoup de femmes vivent finalement très bien leur ménopause.

Les problèmes liés au sommeil deviennent plus fréquents. On met plus de temps à s'endormir et les réveils nocturnes empêchent de se reposer vraiment. Quatre femmes sur dix en période de ménopause seraient touchées.

La prise de poids à la ménopause

Enfin, beaucoup de femmes se plaignent d'une prise de poids au moment de la ménopause. Les changements hormonaux peuvent effectivement induire une petite prise de poids mais, dans la plupart des cas, elle est minime. En revanche, la silhouette peut changer. En effet, le taux d'hormones féminines diminuant, les graisses vont avoir tendance à se relocaliser dans des endroits plus « masculins », d'où l'apparition d'un petit ventre. En outre, la diminution de la masse musculaire, qui ne cesse de baisser après la trentaine, s'accroît après un certain âge, le muscle se transformant alors en graisse. La meilleure façon de lutter : maintenir une activité sportive suffisante pour que la masse musculaire demeure aussi inchangée que possible.



La prise de poids lors de la ménopause est fréquente, mais souvent minime. © DR

Conclusion sur les symptômes de la ménopause

De multiples changements surviennent au début et en cours de ménopause. La diminution de l'apport d'hormones ovariennes, et plus précisément d'œstrogènes, en est la cause principale.

Page 9/17 - Les effets de la ménopause : ostéoporose et problèmes cardiovasculaires

Sur le long terme, les changements hormonaux de la ménopause peuvent provoquer des soucis de santé. Les os et le système cardiovasculaire (avec le cholestérol), notamment, se trouvent fragilisés, engendrant l'ostéoporose. Pas de panique : quelques précautions et bonnes habitudes de vie permettent de se prémunir des effets de la ménopause.



La fragilisation des os (ostéoporose) est un des effets de la ménopause, avec un plus grand risque de maladies cardiovasculaires. © pamcy.com

Pour mieux comprendre, revenons un peu sur la construction osseuse. Elle est maximum, bien sûr, pendant la croissance de l'enfant. Les os se construisent, grandissent, se renforcent. Leur densité est maximale jusqu'à l'âge de 25 ans environ. Après quoi, il faut « entretenir son capital osseux », qui commence à diminuer. Bien sûr, pendant des années, les changements restent imperceptibles. Les os deviennent un peu moins denses mais, en l'absence de toute pathologie, rien dont on puisse véritablement s'apercevoir.

Ostéoporose et ménopause

À la ménopause, la chute hormonale va entraîner une fragilisation des os chez beaucoup de femmes : la synthèse des minéraux tels que le calcium et le phosphore se fait moins bien et les os deviennent moins denses, voire poreux. On parle d'ostéoporose. Ainsi, le squelette se trouve fragilisé, ce qui peut entraîner différents problèmes.

Les tassements de vertèbres sont très fréquents. Empilées les unes sur les autres, elles s'usent et diminuent en volume, ce qui entraîne une diminution de la taille des femmes qui en sont victimes. C'est d'ailleurs un signe quasiment certain d'ostéoporose : beaucoup de femmes « rapetissent » passé 60 ou 70 ans.

Les fractures sont fréquentes chez les personnes touchées par l'ostéoporose. C'est d'ailleurs l'une des principales complications de cette maladie. À un âge avancé, ces fractures peuvent s'avérer très handicapantes d'autant que, puisque le processus de reconstruction osseuse n'est plus optimal, elles se réparent moins bien que par le passé. Les plus fréquentes sont les fractures du poignet mais aussi, hélas, du col du fémur. Cette dernière peut entraîner une immobilisation relativement longue et, selon l'état général de la personne, il n'est pas toujours facile de se remettre à marcher par la suite.

Pas de panique : les symptômes de l'ostéoporose apparaissent généralement au moins une dizaine d'années après l'arrivée de la ménopause. Mais il est important de bien vérifier avant que tout va bien car il est possible de ralentir

voire de stopper le processus. Pour ce faire, il faut pratiquer un examen appelé ostéodensitométrie : il est totalement indolore et utilise une faible dose de rayons X pour mesurer la densité osseuse et déterminer s'il y a ou non un début d'ostéoporose.

On estime que 40 % des femmes entre 60 et 70 ans sont touchées par cette maladie. Outre la ménopause, d'autres facteurs favorisants ont été identifiés : une mauvaise alimentation, un poids insuffisant, un manque d'activité physique et surtout le tabagisme augmentent les risques d'ostéoporose. La génétique semble également jouer un rôle important.

Ménopause : cholestérol et maladies cardiovasculaires

Autre complication relativement fréquente après la ménopause : l'augmentation de l'incidence des troubles cardiovasculaires. En fait, il faut plutôt voir le phénomène en sens inverse. Jusqu'à la ménopause, les femmes sont en quelque sorte protégées par leurs hormones : elles ont plus de « bon » cholestérol, le HDL-cholestérol, qui nettoie les artères, moins de mauvais cholestérol (LDL-cholestérol) et moins de triglycérides (un autre type de graisses) que les hommes. À la cinquantaine, avec la chute de leurs hormones féminines, elles vont « rattraper » les hommes. Le taux de cholestérol total augmente, de même que celui de triglycérides.

Ce bouleversement du métabolisme entraîne une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires en tous genres. Le mauvais cholestérol se dépose sur les parois des artères et obstrue le passage : c'est l'athérosclérose. Elle entraîne notamment une élévation de la pression artérielle (le cœur doit forcer davantage pour envoyer le sang dans les extrémités puisque le passage est bouché) et un risque d'infarctus.

Avec l'âge, ménopause ou pas, les artères vieillissent et deviennent plus rigides.

Les deux facteurs combinés expliquent que, passé la ménopause, les maladies cardiovasculaires sont relativement fréquentes : hypertension, infarctus, anévrisme, valvulopathie, angine de poitrine, insuffisance cardiaque, thrombose...

Une peau moins jeune

Autre conséquence moins grave mais perturbante pour les femmes : le vieillissement de la peau s'accroît souvent considérablement après la ménopause. Évidemment, le simple fait d'avancer en âge provoque cet état de fait, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Mais la chute hormonale enregistrée à la cinquantaine va accentuer ce phénomène : la peau devient souvent plus sèche et moins souple. Les rides se creusent rapidement. Même les cheveux semblent souffrir de ce manque d'hormones et deviennent ternes, voire cassants et moins épais. Il n'est pas rare qu'on les perde davantage après la ménopause.

Outre la chute hormonale, c'est aussi une conséquence de ces différentes complications par toujours évidentes à gérer : une petite partie des femmes (10 % environ) fait une dépression aux alentours de la ménopause. Le taux des hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) étant au plus bas, la régulation cérébrale de la joie et de la profonde tristesse fonctionne mal.

Conclusion sur les effets de la ménopause

Des symptômes courants et simples à soigner aux complications plus sévères, la ménopause est une période charnière pas toujours évidente à gérer pour les femmes. Il convient de bien se faire suivre par son médecin, pour prendre en charge les problèmes dès leur apparition et ne pas les laisser s'installer.

Page 10/17 - Le traitement de la ménopause

Le traitement de la ménopause vise à en réduire les symptômes gênants. Il existe des traitements hormonaux mais d'autres solutions peuvent également soulager, comme les nouvelles molécules et la phytothérapie.



Il existe deux types de traitements de la ménopause : les traitements hormonaux et les traitements alternatifs. © Phovoir

Les différents traitements de la ménopause

Les traitements hormonaux étaient autrefois prescrits de façon systématique. Désormais le médecin adapte sa prescription au cas par cas. Dose, forme, durée du traitement... tout dépend de chaque femme. Si les symptômes de la ménopause sont peu nombreux ou faibles, le traitement ne sera pas donné. Les femmes véritablement gênées, en revanche, se verront conseiller un traitement précis, dont la dose sera réglée petit à petit.

Mais il existe également des traitements alternatifs, qui ne comprennent pas d'hormones. Parmi eux, la phytothérapie. Il ne s'agit pas d'un remède miracle mais elle peut réduire, chez certaines femmes, les symptômes de la ménopause.

Nous verrons dans les pages suivantes plus en détail les différents traitements substitutifs hormonaux et les solutions alternatives.

Page 11/17 - Ménopause : le traitement hormonal substitutif (THS)

La ménopause constitue une étape délicate de la vie d'une femme. Heureusement, pour celles dont les symptômes sont vraiment handicapants, des solutions efficaces existent aujourd'hui. Le traitement hormonal substitutif (THS), qui a défrayé la chronique il y a quelques années, fait partie des traitements de référence.



Pour réduire les symptômes de la ménopause, les traitements hormonaux substitutifs (THS) existent

sous différentes formes. © Fotolia

Puisque les désagréments de la ménopause sont liés à la chute puis à la disparition des hormones féminines, une solution logique semble s'imposer : administrer des hormones via un médicament, comme on le fait par exemple pour les personnes dont la thyroïde fonctionne mal. Et c'est effectivement l'option souvent choisie par les médecins et leurs patientes. Un traitement hormonal substitutif peut être mis en place pour soulager la plupart des symptômes. Il est composé d'hormones de synthèse.

Les différents traitements hormonaux de la ménopause

Il existe plusieurs types de traitements substitutifs.

Certains sont uniquement composés d'œstrogènes et visent à réduire uniquement les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale.

D'autres associent œstrogènes et progestatifs et protègent mieux l'endomètre. Une nouvelle génération semble également avoir un effet positif sur la libido et les troubles de l'humeur.

Réduire les symptômes de la ménopause

D'une manière générale, les traitements substitutifs permettent de faire régresser un bon nombre de symptômes.

- Les bouffées de chaleur disparaissent.
- La peau apparaît plus jeune. Les rides profondes ne s'effacent pas mais les autres se trouvent lissées, l'épiderme est un peu retendu et semble plus « en forme ».
- La libido, souvent, s'améliore, de même que les problèmes de sécheresse vaginale.
- Le THS offre également une protection contre l'ostéoporose.

Chaque femme fonctionnant différemment, le plus difficile pour le médecin consiste à trouver le bon dosage pour sa patiente. Cela peut prendre des mois. Généralement, il commence par un dosage relativement faible, pour augmenter doucement si jamais cela ne suffit pas à faire régresser les symptômes.

Le traitement hormonal substitutif ne peut être commencé que lorsque la ménopause est véritablement installée (au moins douze mois sans règles). Il est destiné à être pris quelques années, le temps que les changements hormonaux se soient installés et que les symptômes se dissipent. Il ne doit pas être pris à vie.

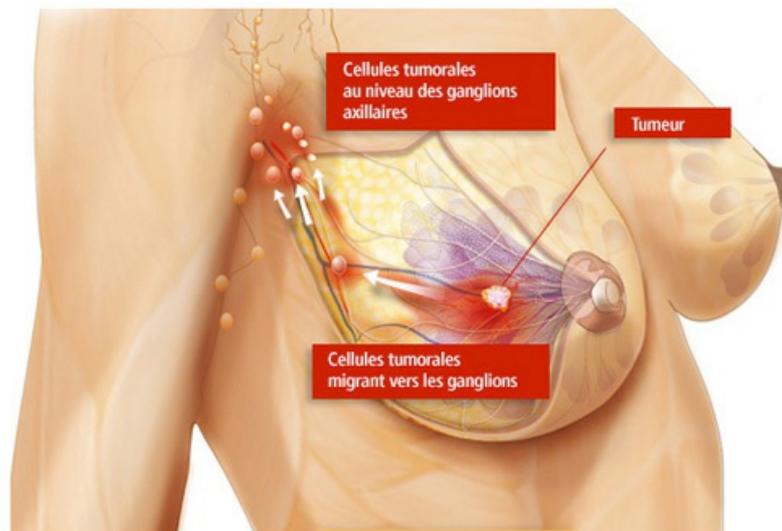
Pour savoir quand le stopper, il suffit de faire des tests : si, à l'arrêt du traitement, les symptômes réapparaissent, c'est qu'il est encore trop tôt et qu'il doit être poursuivi encore quelque temps.

La forme et la posologie des traitements de la ménopause

Les traitements hormonaux peuvent se prendre sous plusieurs formes du moment qu'ils sont bien tolérés par la patiente et que les effets escomptés sont là. On trouve ainsi des thérapies en timbres transdermiques (des patchs collés directement sur la peau), en gel ou en comprimés. Les œstrogènes peuvent faire l'objet d'une insertion par voie vaginale sous forme de crème voire grâce à un anneau en plastique souple contenant les hormones nécessaires. Les hormones de substitution peuvent être administrées soit pour une durée n'excédant pas vingt-cinq jours par mois, soit de manière continue.

Page 12/17 - Ménopause : les risques des THS

Ces dernières années, une méfiance s'est installée dans l'esprit de certaines femmes à l'encontre des traitements hormonaux de la ménopause, suite à des études qui laissaient entendre qu'ils pourraient augmenter le risque de cancer et de maladies cardiovasculaires. Qu'en est-il réellement ?



Les traitements hormonaux de la ménopause ont été mis en cause dans certains cas de cancers du sein. Mais quels sont exactement les risques des THS ? Le débat scientifique est toujours d'actualité.
© GlaxoSmithKline

THS : un risque de cancer accru ?

Si les THS n'ont pas toujours eu bonne presse et sont utilisés avec parcimonie, c'est en partie suite à la publication d'études américaines, au début des années 2000, qui semblaient démontrer que le risque de cancer du sein augmentait avec la prise d'un traitement hormonal substitutif. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) s'est alors penchée sur la question et a émis de nouvelles recommandations.

D'abord, il va de soi que toute femme ayant un antécédent de cancer hormono-dépendant ne doit absolument pas prendre de THS. Il y aurait alors un risque de réactiver le cancer. Ensuite, l'Afssaps conclut que le risque d'augmentation de cancer du sein n'est formellement identifié que lorsque le traitement a été pris sur une période longue, supérieure à cinq ans. Ce risque n'augmente alors que faiblement et serait comparable à celui des femmes ayant connu une ménopause tardive. En outre, le risque diminue puis revient à un taux comparable à celui des femmes n'ayant pas pris de THS cinq ans après l'arrêt du traitement. Quant aux cancers de l'endomètre, le risque n'est pas augmenté si l'on prescrit un combiné d'œstrogènes et de progestatif.

Plusieurs experts français soulignent que ces études ont été réalisées sur des patientes qui suivaient un traitement américain. Or, le traitement utilisé en France utilise des hormones les plus proches possibles des hormones naturelles, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis.

THS : plus de risque de maladies cardiovasculaires ?

Plus récemment, les premiers résultats d'une étude anglaise baptisée Wisdom ont semblé démontrer que le risque de maladies cardiovasculaires se trouvait augmenté par la prise d'un THS. Un résultat intéressant mais à prendre avec précaution puisque la population étudiée était plus âgée que celle des femmes commençant généralement un THS et que les hormones utilisées ne sont pas les mêmes qu'en France.

Traitement hormonal substitutif : dans quels cas ?

Quoi qu'il en soit, les risques potentiels liés à la prise du THS doivent inciter à la prudence. On ne prescrit un traitement substitutif que si :

- la patiente n'a aucun facteur de risque ;
- elle éprouve des symptômes liés à la ménopause qui la perturbent au quotidien. On a beaucoup parlé des désagréments de la ménopause, mais il y a aussi beaucoup de femmes qui vivent très bien cette période ; les symptômes peuvent être très atténués, voire inexistantes. Aucune femme ne réagit de la même façon ;
- on réévalue régulièrement la nécessité d'un traitement et on l'arrête dès que possible.

Page 13/17 - Traitement de la ménopause : nouvelles molécules et phytothérapie

Bien que les traitements substitutifs de la ménopause soient les plus répandus, il existe des thérapeutiques alternatives, comme la phytothérapie. Leur efficacité est variable mais elles ont le mérite de proposer une solution pour les femmes qui ne pourraient ou ne voudraient pas prendre de traitement hormonal.



La phytothérapie représente aujourd'hui une alternative crédible à une thérapeutique conventionnelle dans le traitement des désagréments liés à la ménopause. © Cestquoiladresse

Traitement de la ménopause : les nouvelles molécules

Il existe essentiellement deux molécules à l'heure actuelle dont les bénéfices jouent en faveur des troubles climatiques.

- Les **SERM** (modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes)

Paradoxalement, la molécule vise à adopter une attitude anti-œstrogène sur l'endomètre et les seins alors qu'elle a une influence œstrogénique sur la masse osseuse et le système cardiovasculaire. Les SERM sont donc définis par leurs propriétés agonistes et antiagonistes. Aucun bénéfice n'a été démontré pour le moment par rapport aux bouffées de chaleur et à la sécheresse vaginale. Le **raloxifène** est un benzothiophène non-stéroïdien qui peut être utilisé seul. Quant au **tamoxifène**, on l'utilise en combinaison avec un progestatif. Enfin, les **bisphosphonates** (des molécules inhibant la résorption osseuse et limitant les fractures) sont employés pour leur action contre l'ostéoporose. Ils jouent un rôle de minéralisation. Ces nouvelles thérapies sont très chères mais dès lors que l'ostéoporose a été confirmée, l'assurance maladie peut prendre en charge une partie des dépenses.

- Les **SAS** (stéroïdes à action sélective)

La **tibolone** en est sa molécule phare mais la science n'a pas encore suffisamment de recul pour pouvoir se prononcer sur ses bienfaits et pour préciser les effets indésirables qui pourraient en découler. Cette molécule agit sur les bouffées de chaleur, prévient la perte et aiderait également à booster la libido. En revanche, le risque de cancer du sein pourrait

se trouver augmenté.

Le traitement de la ménopause par phytothérapie

La phytothérapie peut constituer une aide naturelle contre les troubles climatériques (bouffées de chaleur notamment). En cours d'évaluation par la recherche et les organismes de santé publique, cette approche englobe les phyto-œstrogènes provenant des végétaux comme l'isoflavone, une molécule issue du soja dont les propriétés sont similaires à celles de certaines hormones produites par le corps. Ce sont des compléments alimentaires, pas un traitement de fond, dont l'efficacité n'est pas formellement prouvée.

Il existe d'autres phyto-œstrogènes que l'on peut trouver dans la sauge, le trèfle rouge ou encore le houblon.

Conclusion sur les traitements alternatifs de la ménopause

Ainsi, des traitements alternatifs proposent à l'heure actuelle des thérapies plus douces. L'efficacité de ces traitements naturels reste toutefois à prouver. Soulignons enfin que, même s'il s'agit de plantes, elles n'en restent pas moins des plantes de phytothérapie et, à ce titre, ont un effet sur l'organisme. Il est donc primordial de bien respecter les conditions d'utilisation et les doses conseillées.

Page 14/17 - Pour bien vivre sa ménopause : le check-up santé

Bien sûr, une femme ne peut pas échapper à la ménopause. Mais elle peut considérablement réduire les risques de symptômes désagréables et de complications grâce à quelques précautions et bons gestes tout simples. Premier réflexe à avoir : effectuer un *check-up* santé annuel complet : ostéodensitométrie, mammographie, palpation des seins, frottis cervical.



Palpation des seins et mammographie : deux examens qui permettent de détecter une éventuelle tumeur assez tôt pour traiter la patiente efficacement. Ils font partie du *check-up* santé à réaliser à la ménopause. © Evk Wesel

Bien se faire suivre sur le plan médical est absolument primordial. Ainsi, on repère les petites anomalies au plus vite, ce qui permet de les traiter avant qu'elles n'aient eu le temps de faire des dégâts. Voici quelques examens qui permettent de s'assurer que tout fonctionne normalement. C'est le médecin qui pourra les prescrire s'il les estime nécessaires. C'est pourquoi un *check-up* annuel avec le médecin traitant est très important.

Examen à partir de la ménopause : l'ostéodensitométrie

Cet examen permet de vérifier que le squelette est en bonne santé. Il consiste à prendre une radiographie et ne dure qu'une quinzaine de minutes. La patiente est en position allongée, l'examen est indolore. L'ostéodensitométrie permet d'évaluer la densité minérale osseuse (DMO) c'est-à-dire de se rendre compte à quel niveau se situe la décalcification des os. L'ostéoporose apparaît généralement dix ans après les premiers troubles associés à la ménopause. Attention : l'examen est cher et peu remboursé par la sécurité sociale.

La mammographie

La mammographie permet de dépister un éventuel cancer du sein. Il s'agit d'une radiographie, généralement prescrite tous les deux ans après 50 ans, en l'absence de facteur de risque. La mammographie mettrait en évidence une éventuelle tumeur. Après quoi, il faudrait effectuer une biopsie pour déterminer si celle-ci est cancéreuse ou bénigne. Cet examen n'est pas très agréable, car le sein se trouve comprimé entre deux plaques, ce qui s'avère assez douloureux. Mais il ne dure que quelques minutes et peut sauver des vies, il ne faut donc pas hésiter. En France, il existe un dépistage organisé du cancer du sein : toutes les femmes de plus de 50 ans reçoivent une invitation à passer une mammographie, totalement gratuite et sans avance de frais. La radio bénéficiera d'une double lecture par des spécialistes. Ce type de dépistage organisé permet de détecter des cancers à des stades très précoces, augmentant ainsi grandement les chances de survie.

La palpation des seins

Outre la mammographie, le gynécologue doit également pratiquer un examen de palpation des seins. Il permet lui aussi de détecter une éventuelle tumeur si celle-ci se trouve à la surface du sein. Il en profitera d'ailleurs pour expliquer à la patiente comment effectuer une autopalpation des seins, tous les deux ou trois mois, dans le but, encore une fois, de détecter un éventuel problème le plus tôt possible.

Le frottis cervical

Enfin, un frottis cervical tous les deux ou trois ans, dès le début de la vie sexuelle, est fortement recommandé : il permet d'analyser les cellules présentes sur le col de l'utérus. Il détecte toutes les anomalies de la zone pelvienne et notamment les cancers ou précancers du col. Muni d'une spatule, le médecin prélève par grattage quelques cellules qui seront ensuite analysées par un laboratoire spécialisé.

Conclusion sur le *check-up* santé pour la ménopause

La prévention des troubles issus de la ménopause impose une implication totale de la patiente. Se prendre en charge, c'est aussi veiller à maintenir un suivi gynécologique régulier.

Page 15/17 - Bien vivre la ménopause : garder une bonne hygiène de vie

Outre le *check-up* santé annuel, garder une bonne hygiène de vie permet de mieux vivre la période de la ménopause et ses symptômes. Cela comprend une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité sportive.



Alimentation équilibrée et sport : deux règles pour garder une bonne hygiène de vie, essentielle pour bien vivre la ménopause. © Luc Legay, Flickr CC by sa 2.0

Ménopause : une alimentation équilibrée

Il est nécessaire de maintenir un bon équilibre alimentaire. Il faut limiter les graisses (huiles, beurre, frites et viandes grasses) qui risquent d'augmenter le mauvais cholestérol, mais aussi les sucres, qui peuvent dérégler l'équilibre métabolique et, éventuellement, finir par déclencher un diabète. Surtout, ne pas oublier de consommer suffisamment de calcium : il permet de lutter contre l'ostéoporose en maintenant une bonne densité osseuse. On en trouve en grande quantité dans tous les produits laitiers (d'où la recommandation du Plan national nutrition et santé d'en consommer trois par jour) mais aussi dans certains légumes comme le persil, les épinards ou encore le fenouil, ainsi que dans les eaux minérales (bien lire l'étiquette).

Le sport pour garder une bonne hygiène de vie

La pratique d'une activité sportive est elle aussi essentielle à plusieurs titres : elle permet de maintenir un poids de forme, d'entretenir le système cardiovasculaire mais aussi de protéger les os en développant la musculature. On recommande de pratiquer une activité sportive au minimum trois fois 30 minutes par semaine. Parmi les sports les meilleurs pour la santé, la natation figure dans les premiers rangs, de même que la course à pied, si elle est pratiquée avec les chaussures adéquates.

Page 16/17 - Le gynécologue David Elia répond aux questions de Futura-Sciences sur la ménopause

Le célèbre gynécologue David Elia a accepté de répondre aux questions de Futura-Sciences sur la ménopause. Complications, traitements, recherche... Voici ses réponses.



**Interview du docteur David Elia, gynécologue et auteur de nombreux ouvrages sur la ménopause. ©
Dr David Elia**

Futura-Sciences : À quoi la ménopause correspond-elle d'un point de vue physiologique ?

David Elia : C'est l'arrêt définitif du fonctionnement des ovaires dans leur processus de fabrication des ovules et des hormones (qui regroupent les œstrogènes et la progestérone). La ménopause débute en moyenne vers 50 ans. Cependant, le processus s'enclenche plusieurs années avant, ce qui explique que passé la quarantaine, les femmes ont toujours leurs règles mais la fertilité diminue.

Qu'en est-il des hommes ? Sont-ils touchés par un phénomène similaire ?

David Elia : Non. Chez les hommes, il n'y a pas d'arrêt de la production de spermatozoïdes. En revanche, on constate une diminution de la quantité d'hormones et une lente dégradation de cette fonction au fur et à mesure que le temps passe. Mais il n'y a pas d'équivalent de la ménopause. D'un point de vue scientifique, pour le moment on ne l'explique pas.

Mis à part les symptômes habituels, existe-il des complications liées à la ménopause ?

David Elia : Les symptômes connus englobent les bouffées de chaleur, les suées et ceux moins connus regroupent l'altération du sommeil, des douleurs articulaires persistantes, une diminution de la libido ainsi qu'une sécheresse de la peau et du vagin (ce qui implique des douleurs lors de rapports sexuels). Mais rares sont les femmes qui souffrent de tous ces symptômes en même temps. Le plus souvent, elles subissent deux voire trois symptômes. Le caléidoscope est large entre celles qui n'ont pas de symptômes (elles sont estimées entre 10 % et 15 %) et celles qui ont tout.

D'autre part, il existe deux complications majeures qui peuvent survenir après la ménopause mais qui ne revêtent pas de caractère obligatoire. D'un côté, les artères et le cœur perdent l'effet protecteur des hormones, de l'autre une décalcification osseuse peut s'enclencher. Les os peuvent périlcliter et devenir plus vulnérables lors de la disparition des hormones. On enregistre alors davantage de fractures du poignet, des lombaires ou du col du fémur, notamment. Mais là encore, cela dépend du capital osseux de départ de chacune des femmes. L'hérédité joue un rôle important. Cette dégradation s'étend sur quinze ou vingt ans.

Concernant la prise de poids, les femmes prennent en moyenne une dizaine de kilos entre 18 et 50 ans, au gré de l'âge et des grossesses. Or, en période de ménopause, cette prise de poids est estimée à seulement 1 à 3 kg de plus. La ménopause ne marque pas spécialement de pic de prise de poids, contrairement à une idée reçue.

Les femmes doivent-elles toutes prendre un traitement ?

David Elia : Non. La difficulté de la médecine est de gérer les cas spécifiques qui se présentent à elle. Elle s'adresse à un individu unique et particulier et non à une population entière. D'autre part, les recommandations officielles concernant le traitement plaident pour une durée équivalente à celle des symptômes. Si ces derniers s'avèrent gênants dans la vie quotidienne, alors il faut continuer à le prendre ou l'arrêter si la patiente observe elle-même une disparition des symptômes sans traitement.

Qu'est-ce que l'hormonothérapie bio-identique ?

David Elia : Depuis une trentaine d'années, en France, les experts français préconisent des traitements par voie cutanée comme les timbres et les gels à base de progestérone. Cette position a d'ailleurs été confortée par la parution des dernières études faites à ce sujet. Il s'agit d'œstrogènes féminins (et non pas d'origine animale), synthétisés en laboratoire : les 17 bêta-œstradiol. S'ils sont associés à la progestérone identique ou la dydrogestérone, il n'y a pas d'augmentation du risque de cancer du sein. Dans tous les cas, les traitements se dosent et s'équilibrent de façon individuelle, en fonction des besoins réels de la femme.

Il y a eu de nombreuses polémiques dans le passé liées au traitement de la ménopause, qu'en est-il aujourd'hui ? Où en sommes-nous par rapport aux risques accrus de cancers du sein et de l'utérus ?

David Elia : La recherche a avancé et l'on note qu'entre 50 et 65 ans, il n'y a pas de risque cardiovasculaire augmenté avec ces traitements. C'est la molécule de progestérone qui peut entraîner des complications comme le cancer du sein mais là encore cela dépend de celle qui est utilisée. Par exemple, la molécule de progestérone ou la dydrogestérone ne provoque pas d'augmentation du risque de cancer du sein dans l'étude de l'Inserm E3N.

Quels sont les traitements alternatifs disponibles aujourd'hui ?

David Elia : Il n'y a pas grand-chose car tout dépend des symptômes. Concernant la sécheresse vaginale, on proposera un traitement à base d'ovules hormonaux ; pour les bouffées de chaleur, jusqu'ici il était préconisé un traitement contenant des isoflavones de soja mais il est devenu persona non grata pour les autorités sanitaires en 2005. Aujourd'hui, il est très peu utilisé. Toutefois, un produit différent est apparu, il s'agit du traitement Séréllys, un complément alimentaire, vendu en pharmacie. Il est fait d'extraits de pollens de fleurs (dénué d'allergènes) et lutte contre les bouffées de chaleur et les suees. On constate 70 % d'amélioration. Il faut attendre à peu près deux mois pour savoir si une patiente répond favorablement ou pas à ce traitement. Ensuite, selon les autres symptômes, les médecins prescriront des médicaments déjà existants. Par exemple, contre la dépression, la patiente utilisera des antidépresseurs et contre l'ostéoporose, nous avons à notre disposition trois médicaments efficaces qui agissent sur la déperdition osseuse.

Où en est la recherche sur les nouveaux traitements ?

David Elia : Ce qui semble se profiler d'ici 2015-2016 est l'association d'œstrogènes et d'un anti-œstrogène (famille des SERM), des molécules aux effets protecteurs sur certains organes. Tel est le cas notamment vis-à-vis du cancer du sein et de l'utérus. Ces perspectives donnent bon espoir mais il faut rester prudent.

Quelle est la prochaine étape à franchir pour la science dans l'accompagnement des femmes en période de ménopause ?

David Elia : Les chercheurs mettront en place une nouvelle génération de médicaments et, s'ils sont bien tolérés par les patientes, ils peuvent sans conteste détrôner les thérapies actuelles. Il faut demeurer vigilant car, comme dans tout traitement, il faudra trouver un équilibre entre les avantages et les inconvénients.

Page 17/17 - Pour en savoir plus sur la ménopause

Pour en savoir plus sur la ménopause, parcourez la bibliographie renseignée par

l'auteur.



En savoir plus sur la ménopause. © Phovoir

Bibliographie

- *Mieux vivre avec la ménopause*, de Guillaume G rault et Ronald Mary,  ditions Albin Michel, 2010
- *La Nouvelle ménopause*, du docteur Michèle Serrand,  ditions Alpen, 2009
- *Guide pratique de la ménopause*, de Patrice Lop s et Florence Trémolières,  ditions Masson, 2004
- *La Ménopause heureuse*, du docteur Henri Rozenbaum,  ditions Odile Jacob, 2004
- *Rapport d'orientation sur les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause*, œuvre collective, Haute Autorité de Santé, 2004
- *La Ménopause*, d'Evelyne Drapier-Faure,  ditions Masson, 2003

Sitographie

- Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof)
- Le site du Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (Gemvi)
- Le site de l'Association française pour l'étude de la ménopause (Afem)
- Le site du docteur Elia



FUTURA - SCIENCES.COM
Le savoir s'invite chez vous