

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2002
publié le 28.11.2002**



*VINGT-SIXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2002*

Quand débiter le traitement de la ménopause ?

P. MARES*, S. RIPART-NEVEU
(Nîmes)

Initier un traitement de la ménopause peut se faire dans différentes circonstances :

- en relais d'un traitement de péri-ménopause ;
- en ménopause précoce ;
- en post-ménopause.

Les objectifs du traitement de la ménopause ont progressivement évolué et sont dominés par la recherche du bien-être des femmes en insistant :

- sur l'hygiène de vie, aussi bien alimentaire que par la pratique de sport ;
- la mise en place d'une prévention au niveau osseux, si possible vasculaire.

L'initiation du traitement de la ménopause a été dominée pendant ces dix dernières années par un souci de prévention au niveau osseux et vasculaire.

L'étude WHO a mis le doute sur cette capacité en montrant certes une efficacité nette au niveau de la prévention de l'ostéoporose mais par contre l'existence possible d'un risque augmenté au niveau de la survenue de cancer du sein et surtout l'absence

* Hôpital Carémeau – Service de gynécologie obstétrique
30029 NIMES CEDEX 4

de protection aussi bien primaire que secondaire au niveau vasculaire.

Le traitement de la ménopause sera proposé à la suite d'un bilan clinique et paraclinique pour des symptômes précis et invalidants ou pour des risques dépistés (ostéoporose).

La proposition du traitement sera faite après information de la patiente sur les avantages, les inconvénients, la nécessité d'une surveillance pour réaliser les adaptations au fur et à mesure.

Les traitements à disposition sont très nombreux :

- Le traitement hormonal substitutif : THS (oral, percutané, spray), tibolone ;
- Les traitements spécifiques :
 - les SERM ;
 - les biphosphonates avec les didronates, l'adendronate et le risédronate ;
- Les traitements non hormonaux :
 - veraliprid ;
 - clonidine ;
 - béta-alanine...
- Les phytohormones ;
- Les traitements locaux génito-urinaires : traitements dérivés de l'estriol, du promestriène ou traitement à visée topique : phytohormones, polycarbonates.

Quel que soit le choix de ces traitements, ils doivent être proposés en tenant compte de l'environnement personnel de chaque personne : alimentation, consommation de tabac ou d'alcool, participation à une activité physique régulière.

QUAND TRAITER ET POURQUOI TRAITER ?

Le traitement de la ménopause est indispensable dès lors qu'il existe des symptômes invalidants ayant un impact au niveau social et personnel.

Par ailleurs, le traitement pourra être également proposé lorsqu'il existe un facteur de risque dépisté tel que l'ostéoporose.

On peut donc débiter le traitement en relais d'un traitement de périménopause. Le plus souvent, il s'agit de proposer une séquence type freinage-substitution.

LE TRAITEMENT À COURT TERME DE LA MÉNOPAUSE

Dans tous les cas, les conseils hygiéno-diététiques sont de mise.

1. S'il n'existe pas de symptôme vasomoteur, il n'y a pas de traitement spécifique à envisager. Toutefois une surveillance régulière doit être proposée (seins, utérus, os...) et est à envisager un test aux progestatifs. La survenue de règles conduirait à prolonger un traitement séquentiel progestatif jusqu'à la survenue de l'aménorrhée.

2. S'il existe des symptômes vasomoteurs, il faut d'abord rechercher s'il existe une contre-indication au THS.

a. Si contre-indications au THS présentes, on peut proposer un traitement par phyto-œstrogènes, véralipride, clonidine, inhibiteurs de la sérotonine.

b. S'il n'existe pas de contre-indication au THS, on peut soit proposer un THS à court terme, la tibolone ou les traitements alternatifs. Les traitements alternatifs sont à utiliser s'il existe un problème de risque coronarien : phyto-œstrogènes, clonidine, véralipride. Le THS ne sera proposé qu'en seconde intention.

Si la décision de traiter la ménopause est tardive, il s'agit en général d'une démarche de prévention par rapport à l'ostéoporose.

Devant une augmentation du risque ostéoporotique et en ménopause tardive, les premiers traitements proposés sont les biphosphonates, le calcium, la vitamine D, associés bien sûr au traitement hygiéno-diététique avec une évaluation annuelle.

S'il existe d'autres phénomènes : trophicité cutanée, bouffées de chaleur, on peut envisager un traitement hormonal substitutif en sachant que celui-ci est rarement commencé à dose pleine en raison de phénomènes de maltolérance. Il est indispensable d'adapter les posologies à la tolérance de la patiente.

Ainsi le traitement de la ménopause apparaît comme une solution à la carte pour des symptômes précis ou des risques évalués avec des propositions personnalisées et adaptées au fur et à

MARÈS

mesure sur les symptômes, le vécu, les risques spécifiques à chaque femme.

Ce traitement, régulièrement évalué et adapté, permettra une prise en charge globale durable et efficace car acceptée par les patientes.