

Périménopause et ménopause mythes et réalités

2

Johanne Blais

Clodine, 47 ans, présidente d'une entreprise assez florissante, vous consulte parce qu'elle ressent divers symptômes dérangeants qui gâchent sa qualité de vie : problèmes de sommeil, bouffées de chaleur, irrégularité menstruelle, perte d'énergie et troubles de concentration. Elle est inquiète, car ces symptômes ne peuvent être attribuables à la ménopause, selon elle, puisque sa mère a été ménopausée à 54 ans. Elle vous demande de faire quelque chose pour la soulager, car elle ne peut se permettre une baisse de rendement au travail ces temps-ci !

Petit test pour vérifier quelques connaissances !

Associez les éléments de la colonne de gauche au diagnostic correspondant dans la colonne de droite.

- | | |
|--|---------------------|
| a) Fatigue, irritabilité, irrégularité menstruelle et peau sèche | 1. Diabète |
| b) Fatigue, changement de caractère, infections vaginales | 2. Troubles sexuels |
| c) Prise de poids, humeur triste, fatigue, baisse d'énergie, insomnie | 3. Périménopause |
| d) Baisse de la libido, problèmes d'orgasme, perte de désir | 4. Dépression |
| e) Bouffées de chaleur, irrégularité menstruelle, irritabilité, insomnie | 5. Hypothyroïdie |

Les symptômes des femmes de 40 à 60 ans sont-ils tous liés aux changements hormonaux ?

Comme l'indique le profil hormonal de Clodine au cours des deux dernières années (*figure*), la transition ménopausique qui survient généralement dans la deuxième moitié de la quarantaine se caractérise par d'importantes fluctuations hormonales. Tout est possible : hyperœstrogénie, hypo-œstrogénie et anovulation. Un tel déséquilibre se traduit non seulement par une ir-

régularité menstruelle (alternance de cycles courts et longs), mais aussi par un ensemble de symptômes plus ou moins invalidants selon les femmes (*tableau I*). Ces symptômes ne sont pas très spécifiques et peuvent être présents dans d'autres problèmes de santé qu'il faudra tout d'abord éliminer.

Quel est le diagnostic différentiel de la périménopause ?

L'hypothyroïdie. Près d'une femme sur dix après 50 ans présente une hypothyroïdie clinique ou subclinique¹. Fatigue, augmentation de poids, manque d'énergie, peau et cheveux secs, perte de cheveux, irritabilité et parfois état dépressif en sont les principales manifestations cliniques. Des menstruations irrégulières plus abondantes

Réponses : a) Hypothyroïdie ; b) Diabète ; c) Dépression ; d) Troubles sexuels ; e) Périménopause

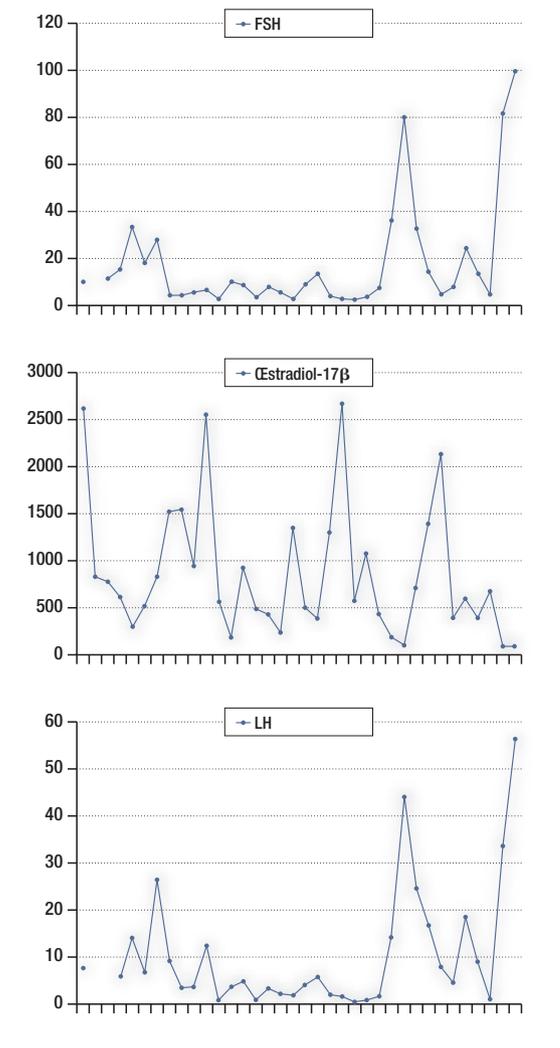
La D^{re} Johanne Blais, médecin de famille, exerce à l'unité de médecine familiale du Centre hospitalier universitaire de Québec, à l'Hôpital Saint-François d'Assise et est professeure titulaire de clinique au Département de médecine familiale de l'Université Laval, à Québec.

Durant la quarantaine, le taux d'hormones fluctue et provoque des cycles menstruels irréguliers plus souvent anovulatoires, des problèmes d'insomnie et de fatigue et, parfois, des bouffées de chaleur.

Repère

Figure

Fluctuations hormonales d'une patiente en périménopause¹¹



sont possibles. Une confusion, une difficulté à se concentrer et des pertes de mémoire peuvent être présentes. Enfin, certaines personnes vont se plaindre de crampes et de raideurs musculaires. Un dosage de la TSH permettra de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Le diabète de type 2. Cette maladie se caractérise par divers éléments (polyurie, polydipsie, polyphagie, fatigue, somnolence, infection vaginale, perte de poids, picotements aux doigts ou aux pieds et changements de caractère).

La dépression. Cette affection comporte plusieurs symptômes associés aux changements hormonaux de la périménopause. Perte d'intérêt ou de plaisir, trouble

Tableau I

Symptômes fréquents en périménopause et en ménopause

- Irrégularité menstruelle
- Difficultés à dormir
- Peau plus sèche
- Modifications de l'humeur
- Baisse de l'énergie
- Augmentation de poids
- Difficultés à se concentrer
- Gencives plus fragiles
- Bouffées de chaleur
- Baisse de la libido
- Sécheresse vaginale
- Troubles de la fonction sexuelle
- Fatigabilité
- Douleurs articulaires
- Pertes de mémoire
- Ballonnements intestinaux

de la concentration, perte ou prise de poids, humeur triste ou labile, pleurs, fatigue, baisse d'énergie, baisse de libido, insomnie ou hypersomnie sont les éléments le plus souvent mentionnés à l'anamnèse. Agitation ou ralentissement psychomoteur, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, anxiété, douleurs multiples (céphalées, douleurs dans les articulations, l'abdomen ou autres) peuvent compléter le tableau clinique.

Les troubles de la fonction sexuelle. Ces derniers sont assez rarement attribuables aux seules variations hormonales et sont le plus souvent multifactoriels. Ils sont fréquemment signalés dans cette période de remise en question qui caractérise le mitan de la vie^{2,3}. Quelques questions simples vous permettront d'éliminer un trouble de la fonction sexuelle. Ce sujet fait d'ailleurs l'objet d'un article détaillé dans le présent numéro.

Comme vous pouvez le constater, il est important d'éliminer les affections comportant des symptômes semblables à ceux de la périménopause ou de la ménopause avant d'en arriver à ce diagnostic.

Existe-t-il certains mythes associés à la périménopause ?

Voici quelques-uns des mythes liés à la périménopause et à la ménopause que les femmes mentionnent le plus.

1. Je ne peux pas être en ménopause puisque je suis

encore menstruée de temps en temps.

2. Rien ne peut soulager les symptômes de la périménopause. Je dois attendre de ne plus avoir mes règles pendant un an.
3. À la périménopause, je n'ai plus besoin de moyen de contraception.
4. Il est dangereux de ne pas avoir de menstruations tous les mois.
5. Tous les contraceptifs font prendre du poids.
6. La pilule contraceptive augmente le risque de cancer du sein.
7. Les hormones, c'est vraiment dangereux !
8. La ménopause fait engraisser !

Nous allons nous attarder à quelques-uns de ces mythes. Ceux qui sont liés aux dangers des hormones et à la prise de poids (mythes 7 et 8) ont été abordés en détail dans les articles de la D^{re} Sylvie Dodin et de M^{me} Simone Lemieux.

Mythes 1 et 2

- Je ne peux pas être en ménopause puisque j'ai encore mes règles de temps en temps.
- Rien ne peut soulager les symptômes de la périménopause. Je dois attendre de ne plus avoir mes règles pendant un an.

Les femmes peuvent-elles avoir des symptômes de ménopause tout en ayant encore leurs règles ?

Plusieurs femmes se font dire qu'elles ne peuvent avoir de symptômes de ménopause si elles sont encore menstruées et elles repartent sans avoir pu discuter des différentes options offertes pour les soulager. La longueur des cycles menstruels est variable d'une femme à l'autre et est déterminée par le taux de croissance et de développement et la qualité des follicules⁴. Dans la période de la périménopause, qui peut varier de deux à huit ans, les ovaires montrent des signes de faiblesse. Les cycles anovulatoires sont plus fréquents et les cycles courts alternent avec des cycles de plus en plus longs.

L'irrégularité menstruelle est un des marqueurs cliniques utilisés pour définir la transition périménopausique. La durée de la phase folliculaire est le détermi-

nant principal de la longueur d'un cycle. Généralement, les concentrations plasmatiques de FSH augmentent et celles de LH restent plus longtemps normales⁵. Toutefois, comme l'illustre la *figure*, il est bien souvent impossible de prévoir la durée et l'intensité des bouleversements hormonaux responsables de symptômes pouvant perturber de façon importante la qualité de vie des femmes, même si ces dernières sont encore menstruées. Nous verrons plus loin les solutions pour soulager ces symptômes dérangeants.

Mythe 3

- À la périménopause, je n'ai plus besoin de moyen de contraception.

La contraception est-elle nécessaire à la périménopause ?

Dès la naissance, la femme possède tous les ovules dont elle disposera au cours de sa vie, soit environ 400 000. Lorsqu'une femme est en âge de procréer, c'est-à-dire dès l'apparition des cycles ovulatoires (autour de 13 ou 14 ans), un seul ovule arrive généralement à maturité chaque mois. C'est donc dire que de 400 à 500 ovules seulement seront libérés des ovaires, à raison d'un par mois. Les autres sont absorbés par l'organisme.

Par ailleurs, le nombre d'ovules contenus dans les ovaires commence à diminuer dès l'enfance, et cette baisse se poursuit à l'âge adulte. À la cinquième ou sixième décennie de la vie, la plupart des femmes ont épuisé leur stock d'ovules. Et, évidemment, la qualité des ovules se détériore aussi avec l'âge. Donc, à 40 ans, on peut avoir encore des ovules, mais qui ne sont peut-être plus de la meilleure qualité et qui sont plus nombreux à présenter des anomalies chromosomiques. La trisomie 21, dont le risque augmente de façon importante avec l'âge, illustre bien ce phénomène.

Ainsi, la fertilité décline avec l'âge, les chances de devenir enceinte diminuant de 3,5 % par année après 30 ans (*tableau II*). La périménopause n'est cependant pas une période totalement sûre quant à l'absence de grossesse. Il est donc recommandé d'utiliser un moyen de contraception jusqu'à ce que la ménopause soit établie.

La périménopause n'est pas une période totalement sûre quant à l'absence de grossesse. Il est donc recommandé d'utiliser un moyen de contraception jusqu'à ce que la ménopause soit établie.

Repère

Tableau II**Effet de l'âge sur la fertilité¹⁰**

Âge au moment de la conception	Pourcentage de femmes qui ne parviennent pas à concevoir
20-24 ans	6 %
25-29 ans	9 %
30-34 ans	15 %
35-39 ans	30 %
40-44 ans	64 %
45-49 ans	Plus de 65 %

Source : Flemming N, Morris M, Pimar H et coll. Consensus canadien sur la contraception. Tiré à part n° 143. *J Obstet Gynecol Can* 2004. pp. 94-5. Reproduction autorisée sans frais par La société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

L'hormonothérapie soulage efficacement les symptômes de la ménopause. Les doses de remplacement sont cependant trop insuffisantes pour bloquer l'axe hypothalamohypophysaire. En effet, une dose de 0,625 mg d'œstrogènes conjugués (Premarin) n'équivaut qu'à 5 µg d'éthinylestradiol alors qu'un contraceptif faiblement dosé en contient 20 µg. Les hormones de remplacement ne sont donc pas contraceptives. Elles n'ont aucun effet thérapeutique sur les irrégularités menstruelles qui caractérisent la périménopause et peuvent au contraire les aggraver. D'autres approches thérapeutiques doivent donc être envisagées dans cette période de fluctuations hormonales.

Mythes 4, 5 et 6

- Il est dangereux de ne pas avoir de menstruations tous les mois.
- Tous les contraceptifs font prendre du poids.
- La pilule contraceptive augmente le risque de cancer du sein.

Quelles solutions thérapeutiques peut-on offrir aux femmes en périménopause ?**Les contraceptifs oraux**

Chez la femme périménopausée, les contraceptifs oraux présentent plusieurs avantages (*tableau III*). Ils assurent une protection efficace contre une éventuelle grossesse et agissent favorablement sur les symptômes vasomoteurs, l'irrégularité menstruelle et les saignements abondants. Toutefois, avant d'opter pour une contracep-

Tableau III**Avantages des contraceptifs oraux^{10,12,13}**

- Contraception efficace
- Soulagement des symptômes de périménopause
- Diminution des cancers de l'endomètre et des ovaires
- Réduction des maladies bénignes des seins
- Menstruations régulières, diminution du débit et de la dysménorrhée
- Réduction du risque de salpingite
- Réduction du syndrome prémenstruel

tion sûre, efficace et adaptée à votre patiente périménopausée, il faut prendre en compte et aborder plusieurs éléments importants. La prise d'œstrogènes est-elle contre-indiquée chez votre patiente ? Cette dernière prend-elle d'autres médicaments ? Les symptômes mentionnés (insomnie, bouffées de chaleur, saignements intermittents ou abondants, etc.) nuisent-ils à sa qualité de vie ? A-t-elle un problème d'excès de poids ou d'obésité ? A-t-elle des problèmes d'acné ? A-t-elle déjà pris des contraceptifs oraux ?

Contrairement aux idées reçues, la prise de poids associée aux contraceptifs oraux est peu fréquente et plus rarement signalée avec les produits des dernières générations.

Des études, menées chez un grand nombre de femmes ayant pris des contraceptifs oraux pendant plus de quinze ans, ont montré que la pilule n'augmente pas de façon significative le risque de cancer du sein^{6,7}.

Après un cycle de vingt et un jours, un certain nombre de femmes voient un retour des symptômes périménopausiques (bouffées de chaleur et céphalées, le plus souvent) à l'arrêt des anovulants pendant une semaine. La prise de contraceptifs oraux en continu réduit ces symptômes et évite le saignement de retrait, élément favorable souvent apprécié des femmes. Une réduction des douleurs pelviennes, des céphalées, de la sensation de ballonnement, du gonflement des seins et de la mastalgie, ainsi qu'une diminution des symptômes prémenstruels, sont souvent signalées.

Quels sont les désavantages des contraceptifs oraux en continu ?

Plusieurs femmes se demandent comment elles sau-

ront si elles sont enceintes si elles n'ont plus de menstruations ? Rappelez-leur qu'avec ou sans saignement de retrait, les contraceptifs oraux pris tous les jours à heure régulière, sans oubli, assurent une vraie protection contre la grossesse.

Des problèmes de taches ou de saignements peuvent survenir au cours des deux ou trois premiers mois d'utilisation de la pilule en continu, notamment à faible dose^{8,9}. Ces légers saignements traduisent habituellement une atrophie de l'endomètre. L'ajout d'une petite quantité d'œstrogènes (équivalant à 0,625 mg d'œstrogènes conjugués) la première semaine de la prise des contraceptifs oraux peut réduire efficacement l'atrophie de l'endomètre. Si un saignement persiste, il faut éliminer la possibilité d'autres problèmes avant de changer de pilule ou de méthode contraceptive.

Le timbre transdermique

Le timbre transdermique évite le premier passage hépatique et peut s'avérer une solution intéressante pour les femmes qui ne désirent pas prendre de comprimé par la bouche ou qui présentent une intolérance au lactose ou encore des problèmes hépatiques. Ce moyen contraceptif s'applique sur la peau une fois par semaine pendant trois semaines consécutives. Les contre-indications sont les mêmes que celles des contraceptifs oraux combinés.

Chez les femmes de plus de 90 kg, la moins bonne absorption cutanée du progestatif pourrait réduire l'efficacité du timbre contraceptif. Des irritations cutanées au point d'application sont parfois signalées.

L'anneau vaginal (Nuvaring)

Quoiqu'il demeure moins populaire auprès des femmes québécoises, l'anneau vaginal constitue un bon contraceptif et un traitement efficace des saignements dysfonctionnels à la périménopause^{8,10}. Il présente une faible concentration en œstrogènes et un profil de saignement plus favorable que les autres contraceptifs oraux, qu'il soit utilisé de façon cyclique ou continue¹¹. La vaginite est l'effet indésirable le plus fréquent.

Les autres effets indésirables et les contre-indications

Tableau IV

Avantages de Mirena

- Traitement efficace des ménorragies
- Prévention de l'anémie
- Protection contre les infections pelviennes
- Traitement efficace des myomes
- Solution intéressante à l'hystérectomie (évite l'anesthésie générale et les risques qui y sont liés)
- Retrait facile

de ces deux modes de contraception hormonale seraient les mêmes que ceux des contraceptifs oraux courants.

Le dispositif intra-utérin

Durant la période de transition ménopausique, l'irrégularité menstruelle et les menstruations abondantes sont fréquentes. Le stérilet (ou dispositif intra-utérin) Mirena constitue une solution très efficace (tableau IV). Il libère 20 µg de lévonorgestrel et peut réduire les saignements menstruels de 90 %. Après un an, 60 % des femmes seront aménorrhéiques⁸. Quatre-vingts pour cent des femmes indiquent aussi connaître une nette diminution de la dysménorrhée. De plus, le stérilet offre une solution contraceptive de rechange à la stérilisation tubaire. Son efficacité contraceptive est supérieure à celle de la ligature tubaire (moins de 0,1 % d'échec)⁸ et son effet contraceptif est immédiat. Par ailleurs, son installation peut se faire à tout moment dans le cycle et ne nécessite pas d'anesthésie.

Quant aux effets indésirables, les femmes peuvent se plaindre de microrragies au cours des trois premiers mois, de mastalgie, de céphalées, de nausées, de douleurs abdominales, d'acné et de troubles de l'humeur. Ces effets sont peu fréquents et disparaissent habituellement après le premier mois⁸.

La thrombo-embolie veineuse, la maladie hépatique, la maladie vasculaire, la migraine accompagnée et le tabagisme ne constituent pas des contre-indications au stérilet. La grossesse, une infection pelvienne, une

Chez les femmes de plus de 90 kg, la moins bonne absorption cutanée du progestatif pourrait réduire l'efficacité du timbre contraceptif.

Repère

infection transmissible sexuellement, un cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre ou encore des saignements vaginaux inexpliqués sont des contre-indications absolues au stérilet Mirena^{8,10}. Quoique moins chers, les autres dispositifs intra-utérins sont moins utilisés en période périménopausique. En effet, non seulement ils ne réduisent pas le flux menstruel ni les irrégularités menstruelles, mais ils peuvent au contraire les augmenter dans les premiers mois.

Le Depo-Provera

La dose élevée de progestatif que contient le Depo-Provera entraîne une bonne suppression ovarienne¹⁰. Administré par voie intramusculaire à raison d'une injection toutes les douze semaines, il assure une contraception efficace. Près de la moitié des utilisatrices seront aménorrhéiques après trois mois, 60 % après un an et 72 % après deux ans.

Chez les femmes périménopausées, le recours au Depo-Provera représente aussi une méthode contraceptive intéressante. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un contraceptif qui ne contient qu'un progestatif. Il est très efficace et agit, lui aussi, en empêchant l'ovulation. Quoique beaucoup moins pertinent depuis l'arrivée sur le marché du stérilet Mirena, il peut être prescrit aux femmes présentant une sensibilité ou des contre-indications aux œstrogènes, fumant plus de quinze cigarettes par jour, souffrant de migraines ou prenant des anticonvulsivants. Il a pour inconvénient de stimuler l'appétit et d'avoir un effet anabolisant. Il comporte donc un risque de surplus de poids.

Comme vous pouvez le constater, plusieurs options s'offrent à Clodine pour soulager ses symptômes de périménopause. Avant le début de tout traitement, une évaluation appropriée de ses saignements irréguliers (anamnèse détaillée, formule sanguine, TSH, biopsie de l'endomètre, échographie pelvienne) afin d'éliminer la possibilité d'une anémie ferriprive, d'une hyperplasie de l'endomètre, d'un polype endométrial, d'un fibrome ou, plus rarement, d'un cancer de l'endomètre. Par la suite, Clodine pourra discuter de toutes ces options avec vous et choisir, avec votre aide, la solution qui lui convient le mieux. ☞

Date de réception : le 17 août 2009

Date d'acceptation : le 27 août 2009

La D^{re} Johanne Blais a été consultante chez Novartis et Merck Frosst en 2007-2008.

Summary

Perimenopause and menopause: Myths and facts.

The few years transition period preceding the arrival of menopause is called perimenopause. Its main characteristic being the fluctuation of hormone levels, it may be the cause of many unpleasant symptoms altering women's quality of life. Although many symptoms may be attributable to perimenopause, cautiousness is recommended and other health problems should also be investigated and dismissed. Moreover, some myths subsist and should be addressed regarding perimenopause, whether concerning the symptoms, use of contraception, and therapeutics to consider.

Bibliographie

1. Vanderpump MP, Tunbridge WM. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. *Thyroid* 2002; 12 (10): 839-47.
2. Belisle S, Blake J, Basson R et coll. Conférence canadienne de consensus sur la ménopause. Mise à jour 2006 n° 171. *J Obstet Gynecol Can* (Édition spéciale) 2006; 28 (2): S7-S110.
3. Northrup C. *La sagesse de la ménopause*. Varennes: Éditions AdA inc.; 2003. 849 p.
4. Speroff L. Management of the perimenopausal transition. *Contemp Ob Gyn* 2000; 45 (10): 14-37.
5. Freeman EW, Sammel MD, Lin H et coll. Symptoms in the menopausal transition: hormones and behavioral correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 111 (1): 127-36.
6. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et coll. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 346 (26): 2025-32.
7. Davidson NE, Helzlsouer KJ. Good news about oral contraceptives. *New Eng J Med* 2002; 346 (26): 2078-9.
8. Maheux R. *Précis de contraception hormonale et de gynécologie ambulatoire*. 2^e éd.: Montréal: Aquarium Média; 2007. 243 p.
9. Guilbert E, Boroditsky R. Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception 2007. *J Obstet Gynecol Can* 2007; 29 (7 Suppl. 2): S1-S32.
10. Flemming N, Morris M, Pimar H et coll. Consensus canadien sur la contraception. Tiré à part n° 143. *J Obstet Gynecol Can* 2004. p. 94-5.
11. Sulak PJ, Smith V, Coffee A et coll. Frequency and management of breakthrough bleeding with continuous use of the transvaginal contraceptive ring: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112 (3): 563-71.
12. De Francis P, Cobellis L, Fornaro F et coll. Low-dose hormone therapy in the perimenopause. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 98 (2): 138-42.
13. Wingert P, Kantrowitz B. *Is it hot in here? Or is it me? The complete guide to menopause*. New York: Workman Publishing Company Inc.; 2006. 532 p.