

Item120-Ménopause et andropause

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer la ménopause et ses conséquences pathologiques. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi d'une femme ménopausée (voir item 326). - Diagnostiquer une andropause pathologique.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- THS / ANAES / 2004 - Polycopié national: > Ménopause p189 > Andropause p213	- Ménopause = A.II > 1an + âge + SC - Test aux progestatifs / FSH-LH ↑ - Ostéoporose / athérosclérose - Traitement hormonal substitutif (THS) - [cancer-RCV] - [mammo-EAL-gly] - Durée limitées (5ans) / réévaluation - Testostérone totale < 2ng/ml - confirmée avec FSH/LH élevées - Diagnostics différentiels du DALA	- Diagnostic clinique seulement - Examen des seins et frottis - hCG au moindre doute - Mammo pré-HTS puis 1x/an - TR et PSA en pré-THS

A. MENOPAUSE

Généralités

Définitions

- **Ménopause (3)**
 - Aménorrhée secondaire depuis \geq **1an**
 - chez une femme d'âge compatible (~ **50ans**)
 - +/- associée à un syndrome climatérique (50 % des cas)
 - !! rechercher à éliminer une grossesse (A savoir !!!)
- **Préménopause**
 - Période de 5 à 10ans précédant la ménopause définitive
 - Traduit l'épuisement progressif du capital folliculaire
- **Ménopause précoce**
 - = insuffisance ovarienne précoce (à préférer)
 - Ménopause survenant avant **40ans** / < 5% des femmes

Physiopathologie

- **Préménopause**
 - insuffisance lutéale = état hyperoestrogénie relative
 - ↓ oestradiol = troubles de l'ovulation et des cycles
- **Ménopause**
 - Epuisement ovarien = **carence oestrogénique** totale (oestradiol: E2)
 - Augmentation réactionnelle du FSH / persistance des androgènes

Diagnostic

Examen clinique (+++)

- **Préménopause**
 - Ménorragie ++ / métrorragie (cf hyperoestrogénie = hypertrophiante)
 - Syndrome pré-ménuel: mastodynie, irritabilité-anxiété, prise de poids
- **Ménopause définitive: triade**
 - **Aménorrhée secondaire**: absence de règles depuis \geq **1an** +++
 - **Age compatible**: 45-55ans / précoce si survient avant 40ans
 - **Syndrome climatérique**: !! inconstant et d'intensité variable
 - Bouffées de chaleur: le plus fréquent / sueurs nocturnes ++

- Troubles de l'humeur: irritabilité / anxiété voire dépression
- Troubles sexuels: sécheresse vulvo-vaginale / ↓ libido
- Prise de poids
- Arthralgie
- **!! NPO lors de toute consultation pour ménopause**
 - Examen gynécologique complet: spéculum / TV / **seins**
 - Frottis cervico-vaginal (**FCV**) de dépistage si dernier > 2ans
 - Métrorragie + ménopause = cancer de l'endomètre JPDC (**A savoir !**)

Examens complémentaires

- **Pour le diagnostic positif de ménopause**
 - **Non systématique +++**
 - faits si
 - doute sur le diagnostic (hystérectomie)
 - Précoce (âge < 45ans)= (insuffisance ovarienne précoce) (**A savoir !**)
 - mise en route d'un traitement avant un an d'aménorrhée / Poursuite du traitement contraceptif
 - **Test aux progestatifs**
 - **objectif:** mettre en évidence une imprégnation oestrogénique persistante
 - **principe:** prise d'un progestatif oral (ex: dydrogestérone) pendant 10j puis arrêt pdt 3 mois
 - **résultat:** si hémorragie de privation → imprégnation donc non ménopausée
 - **Alternatives (rarement)**
 - **bilan hormonal:** [oestradiol] ↓↓ et [FSH] ↑↑ (hypogonadisme hypergonadotrope)
 - **courbe thermique:** absence d'élévation en 2ème partie de cycle = pas d'ovulation
- **Pour éliminer un diagnostic différentiel**
 - **hCG** plasmatiques: éliminer une grossesse devant toute aménorrhée selon contexte (**A savoir !**)
- **Pour bilan pré-HTS +++**
 - Glycémie veineuse à jeun
 - Bilan lipidique: CT-TG (ou EAL)
 - **Mammographie bilatérale (A savoir !)**
 - FCV si > 3ans
 - +/- Echographie pelvienne sur signe d'alarme

Conséquences

A court terme

- Syndrome climatérique (cf supra)

A moyen terme

- **Troubles gynécologiques**
 - Atrophie vulvo-vaginale / sécheresse
 - Atrophie utérine et endométriale
 - Atrophie mammaire
- **Troubles urinaires**
 - Incontinence urinaire d'effort +/- prolapsus
 - Sensibilité aux IU (flore vaginale modifiée)
- **Troubles des phanères**
 - ↑ pilosité androgénique (lèvre supérieure, joue)
 - ↓ pilosité oestrogénique (axillaire, pubienne, cheveux)
- **Poids et graisses**
 - Prise de poids / redistribution (MG ↑ - MM ↓)

A long terme

- **Ostéoporose +++** (cf **Ostéopathies fragilisantes**)
 - Par stimulation des ostéoclastes et inactivité des ostéoblastes
 - Risque de fracture / DMO +/- substitution si indication
- **Athérosclérose**
 - cf oestrogènes assurent une protection vasculaire
 - Risques CV : IDM / AVC, etc. (cf **Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.**)

Traitement

Traitement de la péri-ménopause

- = compenser l'hyperoestrogénie relative due à l'insuffisance lutéale
- **Macroprogestatifs:** atrophiants / entre J15 et J25 / PO / ex: Surgestone®

- **DIU à la progestérone:** bonne alternative si contraception désirée
- Traitement hormonal substitutif (THS)**
- = compenser la carence oestrogénique après la ménopause définitive
- **Indication (unique +++)**
 - Troubles **climatériques** jugés gênants par la patiente
 - Toujours après information et consentement éclairé +++ (**A savoir !**)
 - **!! Remarques**
 - pas systématique: seulement si plainte de la patiente
 - n'est plus indiqué dans la prévention de l'ostéoporose
- **Information sur la balance bénéfices-risques +++**
 - **Bénéfices:** ostéoporose / syndrome climatérique / troubles sexuels-trophiques / ↓ incidence cancer colique mais après 10 ans d'utilisation
 - **Risques:** thrombo-emboliques / néoplasiques / cardio-vasculaires
- **Contre-indications (**A savoir !**)**
 - Atcd de **cancer** du sein ou de l'endomètre (ou ovaire)
 - Atcd d'accident **thrombo-embolique** artériel ou veineux
 - Risque cardio-vasculaire élevé (HTA, diabète, dyslipidémie)
 - Insuffisance hépatique sévère / lupus ou SAPL
 - MTR d'origine indéterminée
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan clinique**
 - **Interrogatoire:** atcd thrombo-emboliques / cancers / RCV / MTR/ SFU / Douleur pelvienne (cf **Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.**)
 - **Examen physique:** ex. gynéco dont **FCV** et ex. **mammaire bilatéral (**A savoir !**)**
 - **Bilan paraclinique**
 - Glycémie veineuse à jeun
 - EAL (CT-HDL-TG)
 - Mammographie bilatérale (**A savoir !**)
- **Modalités de prescription**
 - **Généralités**
 - Prescription pour une durée **limitée (5ans)** / à réévaluer +++
 - Si hystérectomie: oestrogène seul (progestatif serait inutile..)
 - Démarrer rapidement après le diagnostic de ménopause (notion de fenêtre d'intervention)
 - Privilégier les oestrogènes par voie cutanée (risque thrombo embolique moindre par rapport po)
 - Privilégier la progestérone bio-identique ou son isomère (rétrogestérone ou didrogestérone)
 - **Schéma séquentiel (« avec règles »)**
 - Oestrogène de J1 à J25 / patch ou gel
 - Progestérone (naturelle) de J14 à J25 / voie orale
 - **Schéma continu (« sans règles »)**
 - Oestrogène + progestatif en continu (J1-J30)
- Mesures préventives chez toutes les femmes ménopausées**
- ◦ **Dépistage et PeC des FRCV**
- ◦ **Lutte contre l'ostéopénie (Cf Item 124)**
 - Exercice physique régulier
 - Apport en Vit D et Ca2+ suffisant
- ◦ Traitement local par estrogènes pour lutter contre l'atrophie du tractus urogénital
- Surveillance +++**
- **Clinique**
 - Consultation à M3 puis M6 puis **1x/an** au long cours
 - Tolérance / efficacité / sur ou sous-dosage / ex. gynéco (**sein**) / **PA-FC**
 - ↓ la dose si surdosage en oestrogène (tension mammaire, ménorragie..)
 - **!!** Réévaluation annuelle de l'intérêt de maintenir le THS (balance B/R)
- **Paraclinique**
 - à M3 puis M6: glycémie à jeun + EAL (CT-HDL-TG)
 - **1x/an: mammographie** de dépistage (donc surveillance rapprochée) (**A savoir !**)
 - FCV tous les 3 ans
 - +/- DMO

B. ANDROPAUSE (cf UROLOGIE)

Généralités

Définition

- Andropause = déficit androgénique lié à l'âge (**DALA**, terme à préférer)
- = syndrome clinique secondaire à une baisse anormale et constante des androgènes
- **!! Remarque**
 - DALA ≠ ménopause car baisse progressive et incomplète de la testostérone
 - Pas d'interruption de la spermatogénèse / pas d'effondrement hormonal

Physiopathologie

- Testostérone totale = libre (2%) + liée à la SHBG (38%) et à l'albumine (60%)
- [Testostérone] diminue de façon linéaire à partir de 30ans

Diagnostic

Examen clinique

- **!!** tableau clinique non spécifique / chez un homme > 65ans
- **signes généraux**: asthénie / troubles de la concentration
- **troubles sexuels**: diminution de la libido / **dysfonction érectile** / gynécomastie
- **troubles neuro-psychologiques**: irritabilité / humeur dépressive / insomnie
- **troubles trophiques**: ↓ MM et ↑ MG / amincissement cutané / ↓ de la pilosité
- **ostéoporose**: augmentation du risque de fracture / diminution de la taille

Examens complémentaires

- **Dosage de la testostérone sérique**
 - **Modalités**
 - à jeun / le matin / faire [testostérone totale] + [SHBG] (sera ↑) + [albumine]
 - si testostérone ↓ = à confirmer par **2nd dosage** avec [LH]/[FSH] + PRL
 - **Résultats**
 - En pratique: hypogonadisme si **testostéronémie totale < 2ng/ml**
 - Et DALA si hypergonadotrope (**FSH / LH ↑**) avec âge compatible
 - **!! Remarque**
 - Chez l'homme âgé (> 65ans): pas de normes consensuelles ++
 - **!!** une testostéronémie normale élimine le diagnostic de DALA

Diagnostics différentiels

- **!! DALA** = diagnostic d'élimination: rechercher les autres causes d'hypogonadisme (**A savoir !**)
- **!! NPC DALA** (hypogonadisme hypergonadotrope) avec dysfonction érectile: cf **Trouble de l'érection**.
- **Causes d'hypogonadisme hypogonadotrope (FSH/LH ↓)**
 - Adénome hypophysaire +++ (cf **Adénome hypophysaire**)
 - Maladie systémique: cancer / SIDA / anorexie..
- **Insuffisance hépato-cellulaire**
 - Hépatopathie alcoolique = testostérone ↓ et FSH/LH ↑ (rétrocontrôle positif)
 - Hépatopathie non alcoolique = testostérone ↓ et FSH/LH ↓
- **Insuffisance testiculaire secondaire**
 - Orchite ourlienne
 - Trauma ou torsion testiculaire
 - Chimiothérapie

Traitement hormonal substitutif (androgénothérapie)

Indications

- Effets modestes et inconstants: population cible sélectionnée ++
- Après avoir éliminer un diagnostic différentiel (adénome)
- Après information et consentement éclairé du patient

Contre-indications

- **Cancer de la prostate** ou du **sein** (**A savoir !**)
- HBP symptomatique (dysurie) ++
- Syndrome d'apnées du sommeil / polyglobulie
- Insuffisance [cardiaque / hépatique / rénale] sévère
- Antécédent de perversion ou crimes sexuels (pédophilie)

Bilan pré-thérapeutique

- **Clinique**: recherche de dysurie (HBP) / toucher rectal (**TR**: cancer)

- **Biologie:** dosage du **PSA** / de la TSH / Bilan hépatique et lipidique

Modalités

- Administration PO/SC/patch de testostérone naturelle
- Ex: undecanoate de testostérone (Pantestone®) PO

Mesures associées

- Tt symptomatique en attendant l'efficacité de l'HTS (anti-dépresseur, Viagra®..)
- Règles hygiéno-diététiques: activité physique régulière
- Supplémentation vitamino-calcique seulement si ostéoporose

Surveillance +++

- **Clinique:** Cs à 3-6-12M puis 1x/an / **TR** et examen des seins +++
- **Paraclinique:** testostérone pour adaptation (~ 1an) / PSA-NFS annuelles

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 2 principaux risques à long terme de la ménopause non substitué ?

- Ostéoporose
- Athérosclérose

Quel est la seule indication de traitement pour la ménopause ?

- Troubles climatiques gênant la patiente (si pas de notion de gêne = A savoir !)

Quels sont les 2 principales contres indications d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause ?

- ATCD de cancer hormonaux dépendants
- ATCD d'accidents thrombo emboliques

Quel examen d'imagerie est systématique dans le suivi d'une femme ménopausée avec un traitement hormonal substitutif ?
A quel fréquence ?

- Mammographie
- 1 fois par an