



GJ SSM-J

Gynécologie : « Au cœur des questions intimes de nos patientes »

Bruxelles, 27/11/2021

par le Dr Imane HAFID • médecin généraliste • imane.hafid@ssmg.be



Ménopause

« Docteur pouvez-vous vérifier si je suis ménopausée à l'aide d'une prise de sang ? »

Le diagnostic de ménopause est principalement clinique. Il correspond à une cessation des périodes menstruelles, déterminée rétrospectivement après une période de 12 mois d'aménorrhée sans autre cause pathologique. La prise de sang a un intérêt en cas d'aménorrhée « iatrogène » ou de troubles du cycle sous contraceptif. Dans ce cas, deux dosages consécutifs de la FSH après deux semaines d'arrêt du contraceptif permettront de se situer (FSH > 25 : en transition, FSH > 40-70 : ménopause), l'œstradiol peut également être dosé.

En cas de suspicion de ménopause avant 40 ans, il faudra également penser à doser la FSH ainsi que la prolactine, la TSH et la FSH.

« Qu'est-ce que le traitement hormonal substitutif (THS) ? »

Le traitement hormonal à la ménopause est une substitution des hormones ovariennes pour les femmes qui ont eu une ménopause naturelle, iatrogène ou chirurgicale.

Différents types de traitement existent :

- un traitement œstrogénique seul (si stérilet hormonal ou hystérectomie) ;
- un œstroprogestatif en continu ;
- des œstrogènes en continu et un progestatif séquentiel (10 ou 14 J par mois).

En Europe, l'association la plus utilisée est le 17-bêta-œstradiol combiné à de la progestérone

naturelle ou de l'acétate de noréthistérone, à la dose efficace la plus faible possible.

« Quels sont les effets bénéfiques ? »

Les guidelines actuelles recommandent le THS pour améliorer les symptômes liés à la ménopause, notamment les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. La prévention de la perte de minéralité osseuse est intéressante mais elle n'est pas une indication primaire de THS.

Le choix doit être fait au cas par cas en évaluant la balance bénéfiques/risques sur le long terme.

« J'ai peur de prendre du poids »

La prise de poids est liée à l'âge et aux modifications métaboliques qui l'accompagnent et non au changement hormonal. La carence œstrogénique provoque par contre une redistribution des graisses et une augmentation du rapport graisse / circonférence abdominale. Il n'y a donc pas d'impact direct du THS sur la prise de poids.

« Ma vie sexuelle n'est plus la même depuis la ménopause »

La libido est principalement améliorée par les traitements androgéniques. Le THS local permet de traiter le syndrome génito-urinaire (démangeaisons, brûlures, dyspareunies, sécheresse...), son application précoce permet d'anticiper une atrophie définitive, les lubrifiants siliconés sont également recommandés.



« THS et facteurs de risque cardiovasculaire »

Pour les patientes sans FRCV, le THS commencé dès le début de la ménopause et poursuivi 5 ans réduit le risque de pathologies cardiovasculaires. Par contre, si la patiente présente déjà un FRCV avec dysfonction endothéliale, le THS peut augmenter ce risque par effet pro-thrombotique important. Les THS comprenant la tibolone et les SERM's augmentent quant à eux le risque d'AVC.

L'algorithme suivant peut être utilisé :

Risque CV à 10 ans (SCORE2 ESC)	< 10 ans depuis le début de la ménopause
Bas (<5%)	THS
Modéré (5-10 %)	THS transdermique
Élevé (>10%)	Éviter THS

CVD risk calculated by ACC / AHA cardiovascular Risk Calculator

Il faut donc toujours évaluer le risque cardiovasculaire et la balance bénéfique/risque doit être réévaluée après 5 ans de traitement.

« Et mon risque de thrombose ? »

Le THS double le risque de thrombose veineuse. La progestérone naturelle et les œstrogènes par voie transdermique (afin d'éviter le premier passage hépatique et la stimulation des facteurs de coagulation) ne sont pas associés à une augmentation du risque thromboembolique.

« J'ai peur du cancer du sein »

Le THS augmente le risque de cancer du sein uniquement en cas de traitement œstroprogestatif plutôt qu'œstrogénique seul, pendant une durée supérieure à 5-10 ans. Cette augmentation qui semble être liée à un effet protumoral de cellules cancéreuses préexistantes est retrouvée en cas de BIRADS 3-4 et avec la prise d'un progestatif synthétique (et pas naturel). L'algorithme suivant peut être utilisé afin d'évaluer le risque.

Risque de cancer à 5 ans (NCI ou IBIS)*	Début de la ménopause < 10 ans
Bas (<1,67%)	THS ok
Intermédiaire (1,67-5 %)	Précaution
Élevé (>5%)	Éviter THS

* Risque de cancer du sein calculé selon le NCI (National cancer institute) et l'IBIS (Interventional Breast Cancer Intervention Study).

D'après l'exposé du Dr Mentrop Laurence, gynécologue au Chirec (Hôpital Delta).

Mots-clés : ménopause, traitement de substitution.

Contraception

« Je souffre de migraines, quelle contraception me conseillez-vous ? »

Il faut distinguer les céphalées des migraines. Pour de simples céphalées, aucune contraception n'est déconseillée. Si la patiente souffre de migraines avec aura, les œstroprogestatifs (OP) sont interdits et seul le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est conseillé. Si elle souffre de migraines sans aura, les progestatifs oraux, injectables et sous forme d'implants sont autorisés mais le DIU au cuivre reste le meilleur choix.

« J'ai un IMC élevé »

Au-dessus de 35, les œstroprogestatifs sont déconseillés. Entre 30 et 35, on préférera les progestatifs seuls, mis à part les injectables qui comme les OP sont autorisés mais non conseillés.

Attention à ne pas cumuler les facteurs de risque : HTA, tabagisme, diabète, obésité, dyslipidémie... Dans ce cas les OP sont interdits et seul le DIU cuivre est conseillé.

« Je souffre de spotting sous OP »

Il faut s'assurer qu'il n'y a pas eu d'oubli de pilule, que la patiente ne fume pas et qu'elle n'a pas une infection à Chlamydia. Si aucun de ces facteurs de risque n'est retrouvé, on peut augmenter la dose d'œstrogènes de son OP et changer de progestatif. Si elle est déjà sous progestatif seul, on changera de progestatif. Par contre si elle a un DIU ou un implant, il est préférable de patienter 6 mois.

« J'ai des troubles de l'humeur depuis l'initiation de ma pilule »

Les études sont contradictoires à ce sujet, les OP protègent normalement contre les changements d'humeur du fait de la suppression des fluctuations hormonales. Cependant, si la patiente en souffre, cela vaut la peine d'essayer d'autres contraceptifs.

D'après l'exposé du Dr Béliard Aude, gynécologue au CHU Liège.

Mots-clés : contraception, œstroprogestatifs.