

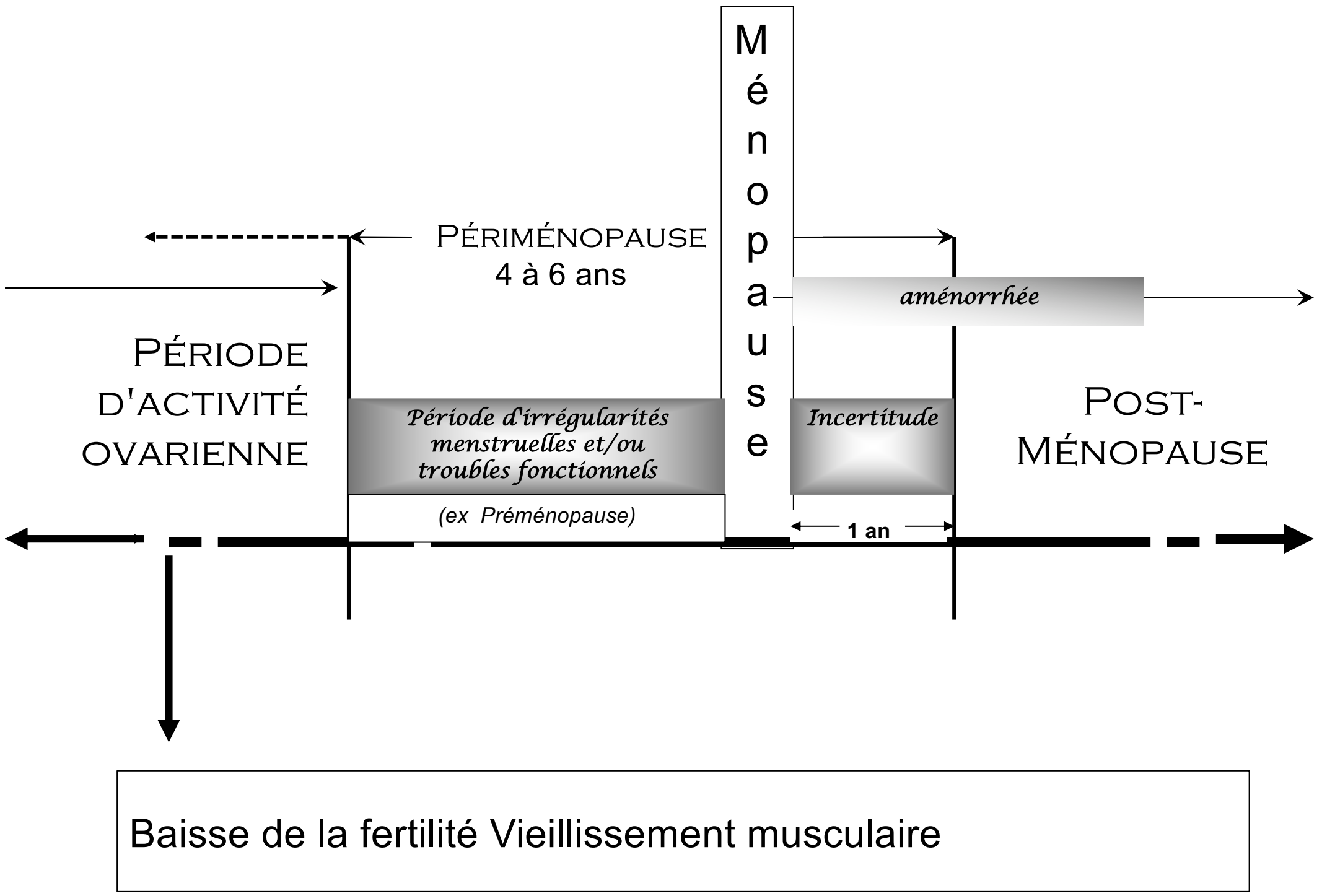


Périménopause :

Dr C. JAMIN, Paris
www.gynecole.com

PERIMENOPAUSE : DEFINITION DE L'O.M.S.

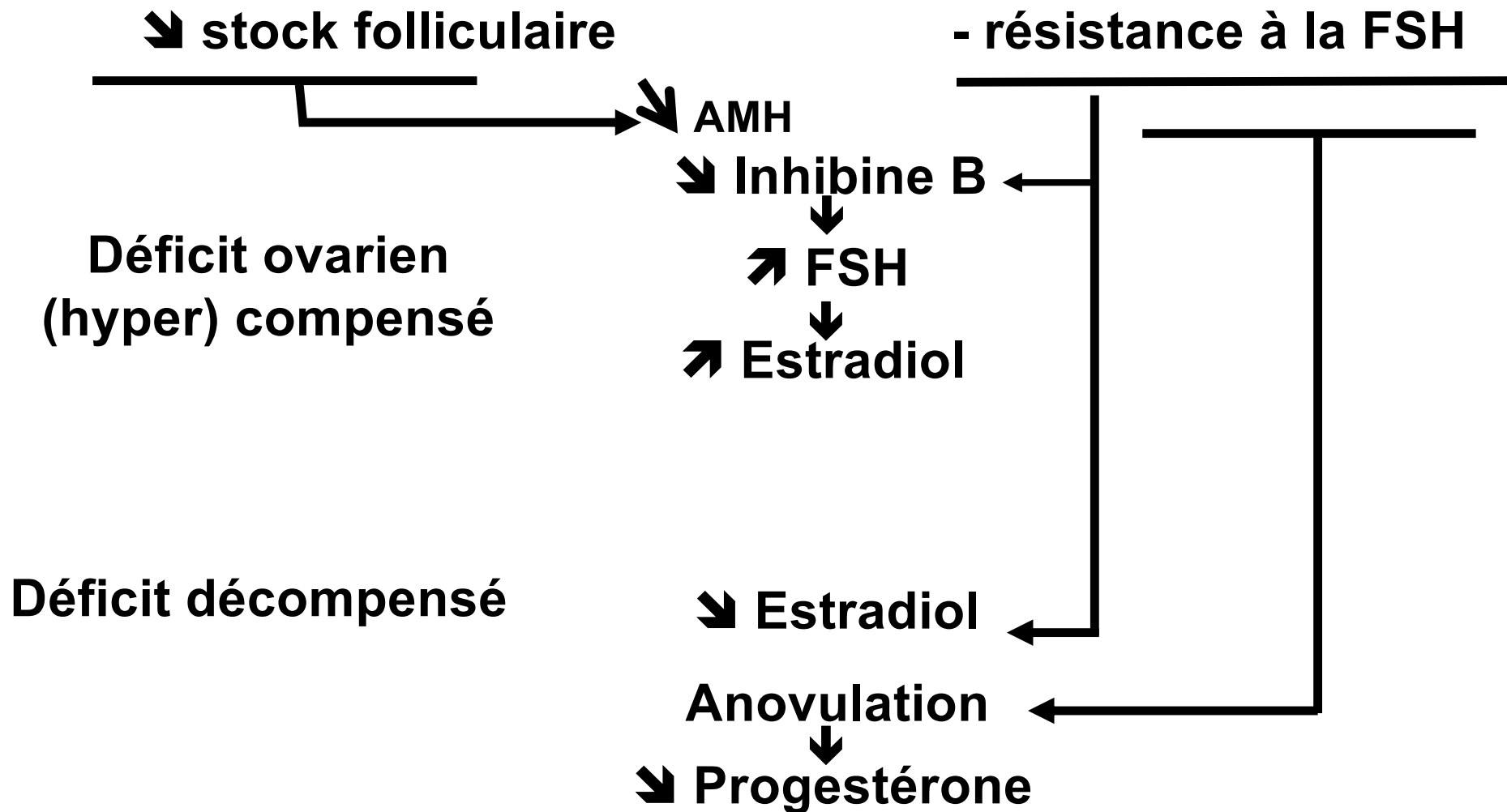
"La périménopause est la période pendant laquelle apparaissent les signes biologiques et/ou cliniques annonçant l'approche de la ménopause et, au moins, l'année qui suit les dernières règles".



- Baisse de la réserve folliculaire
- Baisse de la qualité folliculaire résistance aux gonadotrophines
vieillesse génomique
- Variabilité hormonale Raccourcissement du cycle
- Augmentation des fausses couches

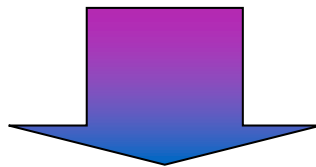
Ces modifications sont indépendantes Le seul facteur commun est l'âge >Hétérogénéité folliculaire

Evolution des sécrétions ovariennes après 35 ans



Dosages hormonaux et diagnostic de la périménopause

- Forte instabilité hormonale intra et inter-individuelle de FSH et estradiol
- AMH ne permet pas de prédire l'âge de la ménopause et mal la fertilité



Nécessité d'un diagnostic clinique:
durée des cycles

BdC

Ce qui n'appartient pas à la périménopause

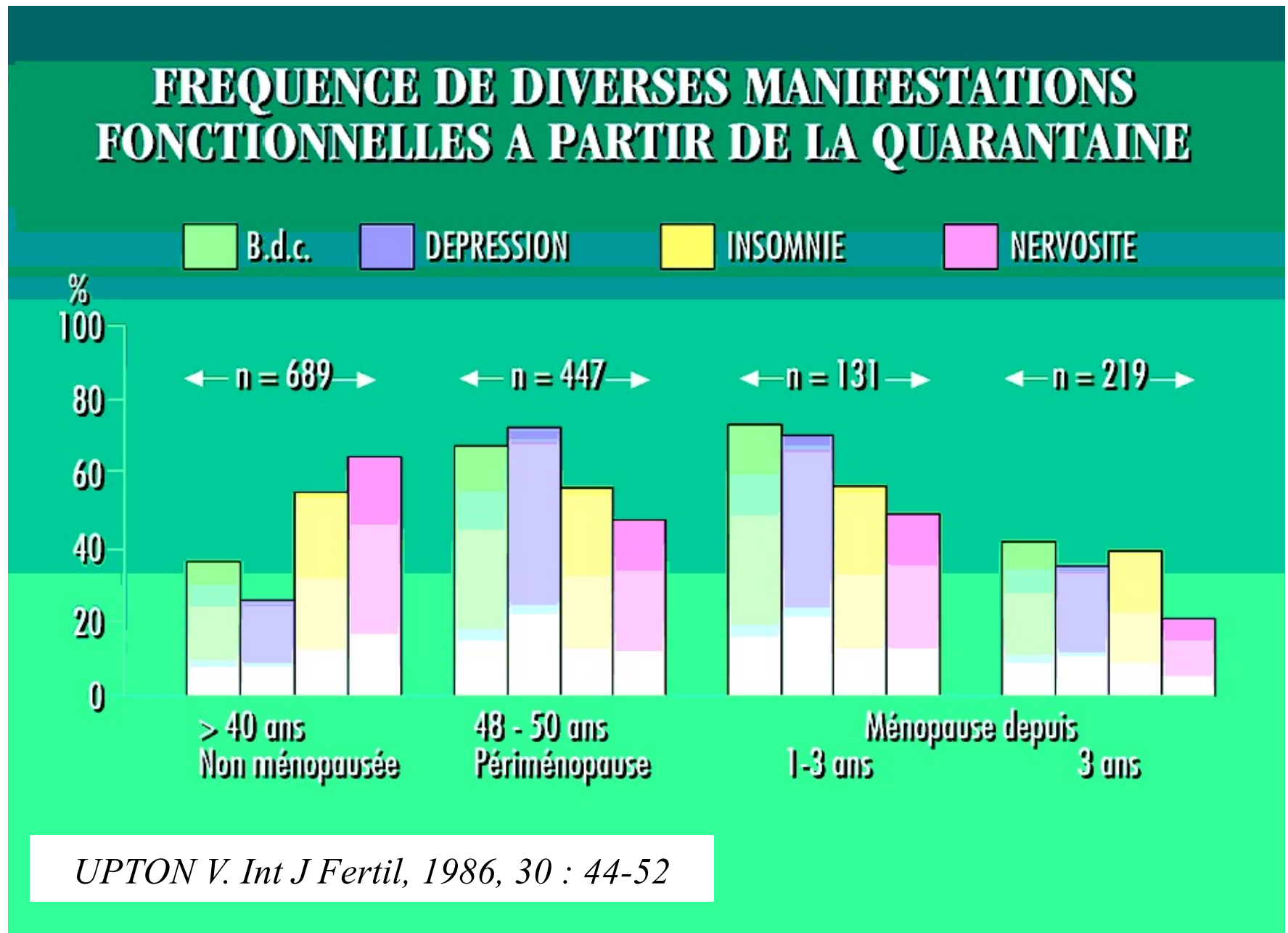
- Baisse de la testostérone DHEA
- Baisse de la mélatonine
- Baisse de l'hormone de croissance
- Prise de poids sarcopénie augmentation de la masse grasse
- Insulino résistance

Manifestations cliniques de la périménopause

fertilité

- La baisse de la fertilité débute 12 ans avant la ménopause à 38ans en moyenne mais physiologique dès 28 ans (1% des femmes)
- Liée au vieillissement du génome
- Débuter la prise en charge dès 6 mois d'absence de grossesse après 30 à 35 ans

Fréquence de diverses manifestations fonctionnelles à partir de la quarantaine



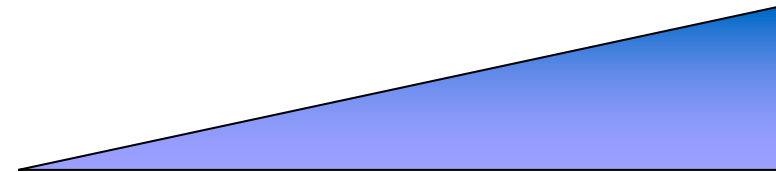
variabilité

- Variables d'un cycle à l'autre suivant le type
- Suivant l'intensité de l'absence à l'intolérable
- Variable d'une période à l'autre
- Variable d'une femme à l'autre
- Variabilité du vécu (média études cliniques, modes...)

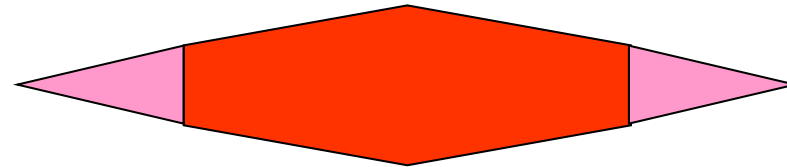
Périménopause :

3 tableaux cliniques intriqués

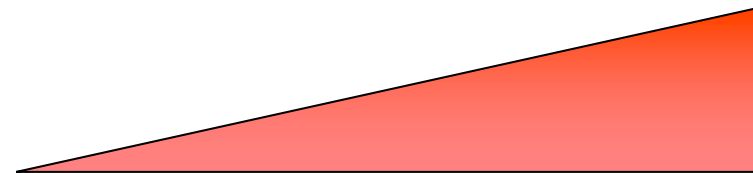
- **troubles du cycle**



- **Hyperestrogénie :**



- **Hypoestrogénie :**



Ménopause

Prise en charge thérapeutique

- Pas de traitement systématique
- Cycle
- Seins
- BdC carence estrogénique
- Risques potentiels
- Cas particuliers

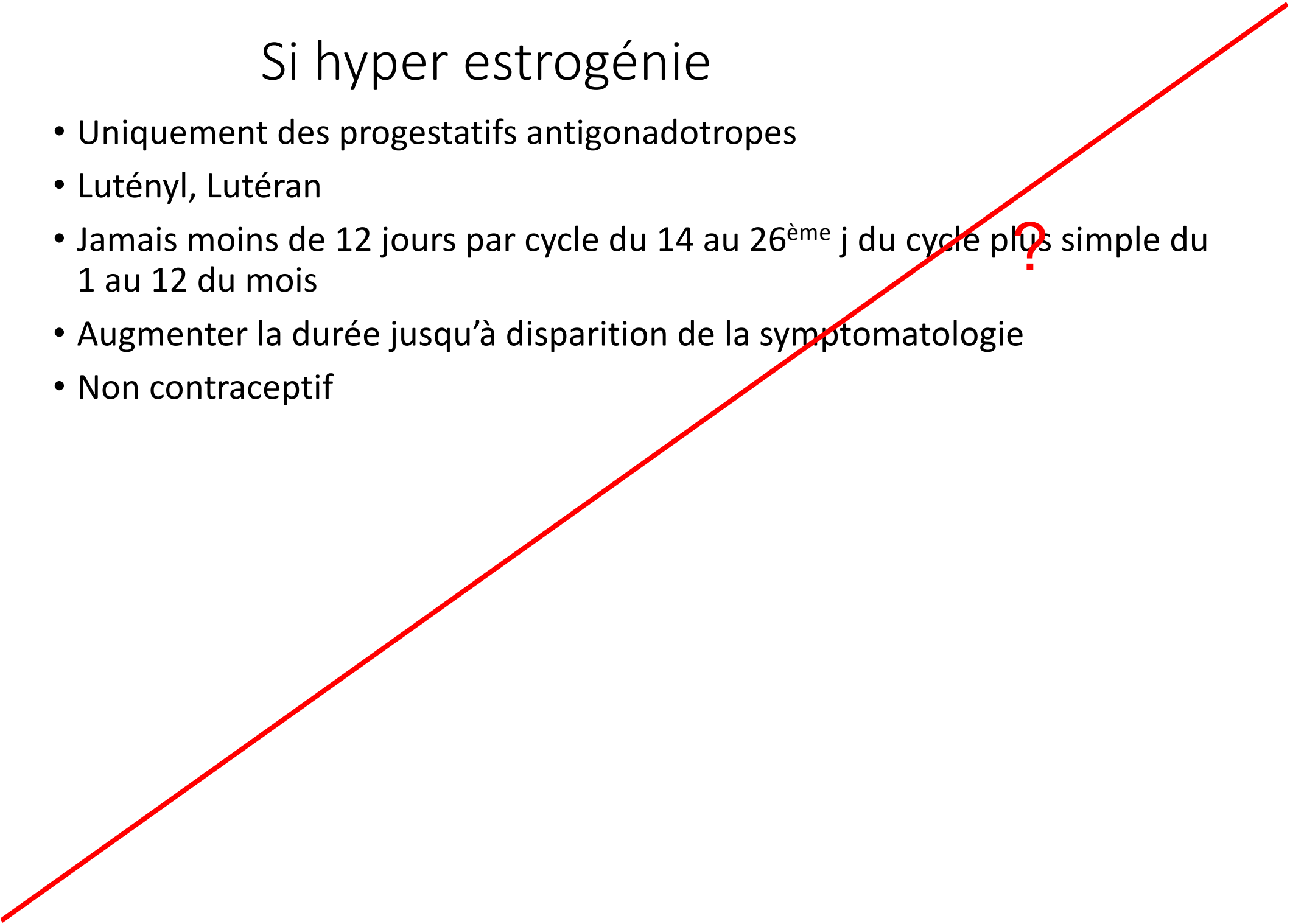
- Pas de traitement systématique
- Cycle Duphaston® 10 jours par mois pilules E² E₄
- Seins
- BdC carence estrogénique
- Risques potentiels
- Cas particuliers

ménorragies

- Penser à l'endométriose et l'adénomyose surtout si dysménorrhée
- Écho IRM
- 20 à 40% des femmes à cet age
- Rarement hormonales pure hypertrophie endométriale à l'écho
- Progestatifs SIU 52 mg
- Colprone? DNG?

- Pas de traitement systématique
- Cycle
- **Syndrome pré menstruel, Seins**
- Bdc carence estrogénique
- Risques potentiels
- Cas particuliers

Si hyper estrogénie

- Uniquement des progestatifs antigonadotropes
 - Lutényl, Lutéran
 - Jamais moins de 12 jours par cycle du 14 au 26^{ème} j du cycle plus simple du 1 au 12 du mois ?
 - Augmenter la durée jusqu'à disparition de la symptomatologie
 - Non contraceptif
- 

Méningiomes Lutéran[®] Lutényl[®]

- • Confirmation d'une augmentation du risque de méningiome avec l'acétate de nomégestrol et l'acétate de chlormadinone ;
- • Augmentation du risque en fonction de la dose, de la durée de traitement et de l'âge de la patiente ;
- • Le risque est multiplié par 3,3 pour les femmes traitées depuis plus de 6 mois (3,4 pour l'acétate de chlormadinone);
- • Le risque est multiplié par 12,5 pour les femmes traitées à la dose de 5mg, 20 jours/mois pour une durée > 5 ans (risque multiplié par 7 à partir de 3,5 ans pour l'acétate de chlormadinone) ;
- • Le risque est multiplié par 3 pour les femmes de plus de 35 ans par comparaison aux femmes de 25 à 34 ans ;
- • Sur la base de ces résultats, l'ANSM estime que 100 cas de méningiomes sont attribuables à l'acétate de nomégestrol ou à l'acétate de chlormadinone par an.

- Informer les patientes du risque de méningiome ;
- Réévaluer le bénéfice-risque individuel ;
- Limiter la durée d'utilisation et la posologie aux doses minimales efficaces (effet dose cumulée) ;
- Réaliser une IRM cérébrale en cas de symptômes évocateurs d'un méningiome ;
- Réaliser une IRM pour les femmes de 35 ans déjà traitées depuis plus de 5 ans ;
- Réaliser une IRM
 - lors de l'initiation d'un traitement pour les femmes de plus de 35 ans en -traitement potentiel prolongé (à partir de 5 ans) ;
- Il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM lors de l'initiation d'un traitement chez les femmes plus jeunes (<35 ans) pour une durée de traitement courte ;

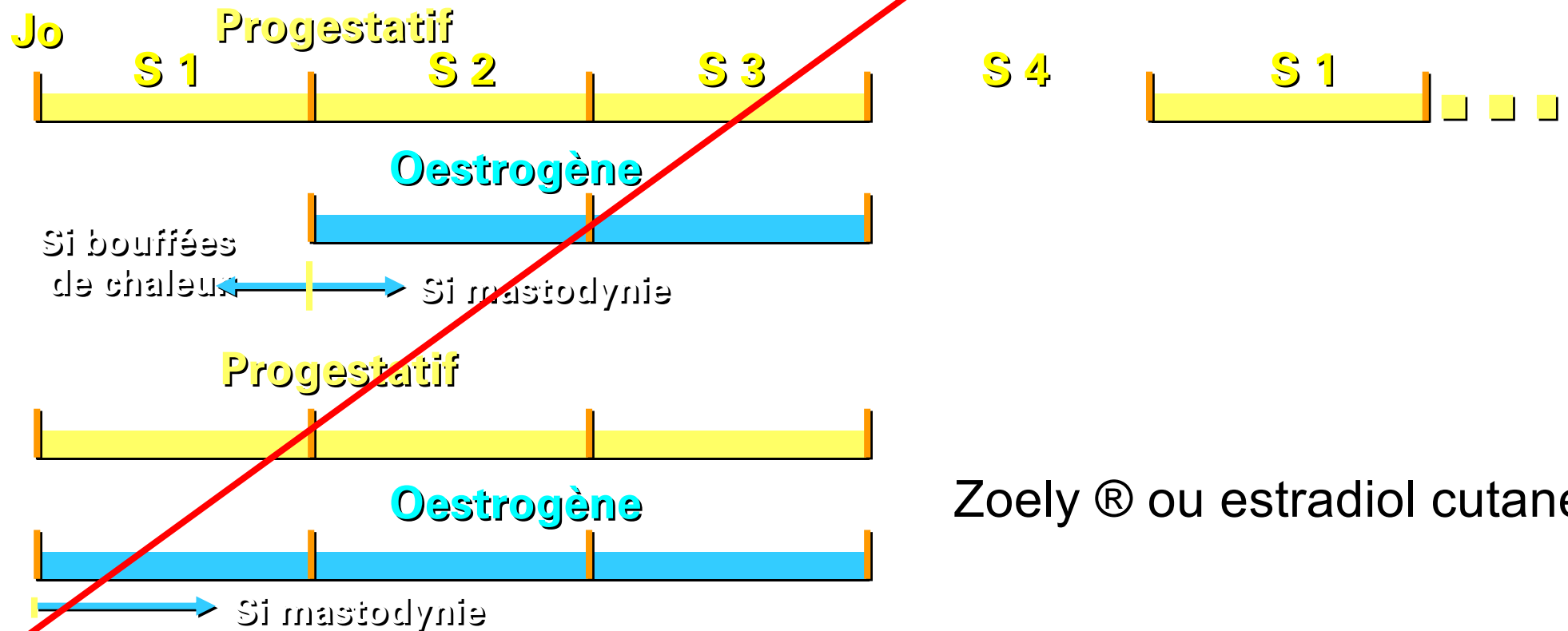
Questions

- Efficacité des POP
- Quid des autres progestatifs démégestone dienogest?
- Associations estroprogestatives et méningiomes? E4+DSP
- Autres risques cancers du sein, thromboses artériels, phlébites, perte osseuse des macroprogestatifs
- Antagonistes per os relugolix linzagolix

- Pas de traitement systématique
- Cycle
- Syndrome pré menstruel, Seins
- **BdC, carence estrogénique, contraception**
- Risques potentiels
- Cas particuliers

Le schéma de freinage substitution

- Un progestatif antigonadotrope
- Administré 21 jours / 28
- Supplémentation oestrogénique naturelle



Questions

- Associations estroprogestatives
- Freinage substitution
- Zoely Qlaira
- Drovelis
- Antagonistes per os avec add back estradiol cutané + progestérone

Cas particuliers

- Hystérectomie
- Antécédents de cancer du sein
- Endométriose adénomyose
- Risque artériel

conclusions

- Période hormonale compliquée
- Variabilité
- Traitement difficile variable
- Doutes sur l'innocuité thérapeutique reflux de l'utilisation de progestatifs