

Définition et généralités

La *ménopause* se définit par la cessation des règles, elle survient au cours de la cinquantaine et met fin à la période de reproduction féminine.

Cet arrêt des règles correspond à l'arrêt des deux fonctions ovariennes : fonction de reproduction et fonction endocrine, c'est-à-dire la production par l'ovaire des hormones féminines. Il existe donc chez la femme une rupture hormonale, plus ou moins brutale, avec des conséquences à court et à long terme. La carence hormonale, et particulièrement, la carence œstro-génique, est le noyau biologique à l'origine des troubles de la ménopause. Mais comme l'avait déjà souligné Littré, la ménopause est aussi une période « critique » pour les femmes. Il faut entendre le mot de crise dans le sens grec de *χρῖσις*, moment de jugement et de discernement. Il s'agit d'un état de retour sur soi, d'interrogation, de remise en question, bref, un moment unique dans la vie d'une femme.

On emploie plusieurs termes pour rendre compte de cette période. *Périménopause*, terme qui s'est substitué à celui de *préménopause* dans les publications, il englobe la préménopause et l'année qui suit l'arrêt des règles, au cours de laquelle un regain ovarien peut se produire.

Ménopause complète, ou postménopause, un an après l'arrêt des menstruations.

On parle aussi de climatère, dérive aussi du mot grec κλιματηρ (échelon, degré) et désigne chaque année de la vie humaine multiple de 7 ou 9, que les anciens estimaient difficile à franchir...

En pratique on peut dire qu'une femme est ménopausée quand elle n'est plus réglée depuis un an.

La meilleure définition est donc rétrospective. Avant ce délai, on est dans le flou, le processus est amorcé quand les règles s'espacent ou que les premières bouffées de chaleur sont déjà au rendez-vous, mais il vaut mieux réserver sa réponse.

La préménopause si gênante pour les femmes n'a pas de statut hormonal déterminé.

La biologie en effet n'est pas mieux placée pour la définir : si l'on se fie aux seuls dosages hormonaux, une femme peut être préménopausée un jour, pas ménopausée du tout le lendemain et post-ménopausée un jour plus tard.

Période d'activité génitale	Périménopause		Ménopause confirmée
	Ménopause		
	Troubles cliniques	Période d'incertitude un an	

1. Les facteurs influençant l'âge de la ménopause

L'âge de la ménopause semble programmé génétiquement et a peu varié au cours des siècles. Pour la majorité des femmes, la ménopause se situe entre 45 et 55 ans. On parle de ménopause précoce avant 40 ans et de ménopause tardive après 55 ans... Peu de facteurs influencent l'âge de la ménopause.

L'âge médian de la ménopause naturelle est statistiquement compris en Europe entre 50 et 51 ans et demi.

Environ 10 à 15 % des femmes seront ménopausées avant 45 ans, la moitié d'entre elles le sera avant 50 ans et globalement 90 à 95 % des femmes seront ménopausées à l'âge de 55 ans.

On cite d'habitude le facteur familial, il y a des familles où grand-mère, mère et fille sont ménopausées au même âge, mais ce n'est pas une règle absolue. L'âge de la puberté n'intervient pas, ni la prise de la pilule, ni le nombre de grossesses. Les fumeuses semblent ménopausées plus tôt. Les femmes porteuses de fibrome sont ménopausées plus tard.

Les facteurs génétiques semblent prépondérants. Ils ont été mis en évidence à partir d'études portant sur les vraies et fausses jumelles. Les vraies jumelles étant ménopausées à un âge très proche. Aucun traitement médical, aucune mesure hygiéno-diététique ne peut modifier l'âge de la survenue de la ménopause, ni en reculer l'échéance.

2. La ménopause précoce

On parle de ménopause précoce avant 40 ans. La fréquence des ménopauses précoces est faible, de l'ordre de 1 %. Elle survient de manière progressive la plus souvent. Ailleurs c'est l'arrêt de la pilule contraceptive qui la démasque. Des antécédents familiaux sont souvent présents ou encore une histoire d'infertilité inexplicée ou de stérilité secondaire. Les facteurs génétiques comme les anomalies du chromosome X sont souvent en cause. Elle ne diffère pas sur le plan clinique et biologique de la ménopause naturelle.

3. Les ménopauses artificielles secondaires

On peut rapprocher des ménopauses précoces les ménopauses secondaires à une intervention chirurgicale (ovariectomie), ou à une chimiothérapie, ou encore à une radiothérapie dans le cadre d'un traitement pour une affection cancéreuse. Les signes de privation hormonale sont plus sévères du fait de l'importance et de la soudaineté du retrait hormonal. On parle alors souvent de « castration » chirurgicale ou chimique.

4. Quelques données épidémiologiques

Du fait du vieillissement de la population dans les pays occidentaux l'espérance de vie après la ménopause est d'environ 30 ans, soit une période presque aussi longue que la période pendant laquelle la femme était normalement réglée. On estime qu'en France par exemple 430 000 femmes débutent leur ménopause chaque année.

5. La baisse de la fertilité avec l'âge et les problèmes liés au désir tardif d'enfant

L'âge de la mère lors de la première grossesse recule de plus en plus dans les pays occidentaux. Le désir tardif de grossesse est lié aux modifications considérables du statut socio-économique des femmes : études plus longues, vie en couple plus tardive, prise plus longue d'une contraception, accès plus facile à l'interruption de grossesse, remariages, séparations, recomposition des couples, etc. La fertilité féminine diminue cependant avec l'âge. Globalement elle diffère peu d'une femme à l'autre jusqu'à 36 ans, elle décroît ensuite progressivement. De nombreux couples se trouvent confrontés à des problèmes d'infertilité et doivent avoir

recours à l'aide médicale à la procréation (AMP), d'autant que, côté masculin, la qualité spermatique s'altère du fait sans doute de problèmes environnementaux (pesticides, pollution diverse). La réserve ovarienne, c'est-à-dire le capital féminin individuel en cellules reproductives, peut être évalué, cliniquement (les cycles se raccourcissent), par des mesures échographiques (le compte des follicules antraux) et des dosages plasmatiques hormonaux (FSH, Estradiol, Inhibine B, AMH — hormone anti-mullerienne — au 3^e jour du cycle). L'AMP, et particulièrement la fécondation *in vitro*, est actuellement réservée en France aux couples de moins de 43 ans. Dans un proche avenir, la production de cellules reproductives à partir de cellules souches pourra peut-être, en théorie tout au moins, résoudre les problèmes de fertilité liée à l'âge chez la femme.

La probabilité pour un couple à chaque cycle d'obtenir une grossesse est d'environ 30 % entre 27 et 29 ans et seulement de 15 % entre 35 et 39 ans.

Dans la population de femmes n'utilisant pas de contraception, la proportion de femmes infertiles passe de 3,5 % chez les femmes de 25 ans à 33 % à 40 ans et à 87 % à 45 ans...

Le taux moyen d'enfant obtenu par tentative après recours à l'aide médicale à la procréation (insémination artificielle avec sperme du conjoint ou de donneur, fécondation *in vitro* classique ou avec micro-injection de spermatozoïde) est de 10-11 % à 40 ans, 5 % à 42 ans, pour devenir presque nul à 45 ans.

Les signes de la ménopause

La ménopause n'est pas, sauf exception, un phénomène brutal. Elle évolue en plusieurs temps. On peut ainsi décrire deux périodes : la première période correspond à la périménopause, période d'instabilité, de transition, tant sur le plan hormonal qu'émotionnel. Sa durée est imprévisible et imprécise, elle va de 3 à 8 ans. La préménopause est suivie d'une seconde période moins orageuse où le corps semble retrouver ses marques, dites ménopause avérée. À cette deuxième période, les femmes se sentent en général mieux, mais les conséquences de la carence hormonale peuvent s'accroître et se conjuguer aux effets du vieillissement général.

Si pour une majorité de femmes, la carence en œstrogènes de la ménopause est complète et définitive, pour d'autres, une production hormonale *a minima* d'hormones féminines persiste du fait d'une reconversion en œstrogènes, notamment, au sein du tissu adipeux, d'autres précurseurs hormonaux. Cette reconversion, d'autres hormones, supplée, en partie, au déficit hormonal ovarien et évite l'accroissement des troubles fonctionnels. L'augmentation de la masse grasse avec l'âge permet donc dans une certaine mesure de compenser naturellement la carence hormonale ovarienne. La gêne occasionnée par la ménopause, les bouffées de chaleur par exemple, est donc très

variable d'une femme à l'autre, et sera plus importante chez les femmes minces. Surtout il faut bien admettre, qu'en dehors de la cessation des règles et l'arrêt de la fertilité, aucun trouble n'est vraiment, à lui seul, spécifique de la ménopause.

1. Les troubles du cycle et les modifications des règles

Les premiers signes de la périménopause sont les modifications du cycle et des règles. Avant la ménopause, une femme est en général réglée tous les 28 jours, certaines femmes ont des règles plus irrégulières, mais en général leur cycle, même irrégulier, reste égal à lui-même. Quand commence la ménopause, les cycles sont perturbés, anarchiques, ils peuvent être plus courts, les règles venant tous les 20 jours, ou plus longs tous les 2 mois, avec des arrêts de quelques mois, des reprises, etc.

Ceci étant, indépendamment des phénomènes de ménopause, le cycle a tendance à se raccourcir avec l'âge. Les règles, elles, se modifient également, elles sont plus longues, traînantes, en plusieurs temps, ou plus courtes, ne durant que deux ou trois jours. Elles sont souvent plus abondantes ou d'autre fois très peu abondantes. Leur couleur peut changer, plus sombre quand elles sont plus courtes. Les règles abondantes coagulent et il se forme des caillots.

Quelquefois les règles sont hémorragiques, c'est le cas des femmes dont l'utérus est porteur d'un ou plusieurs fibromes. Très fréquents à partir de la quarantaine, les fibromes sont des formations bénignes qui se développent soit à l'extérieur de l'utérus aux dépens du péritoine, on parle alors de fibromes sous-séreux, soit dans sa paroi musculaire même, on parle de fibromes interstitiels, soit dans la cavité utérine, il s'agit des fibromes sous-muqueux, c'est dans ce dernier cas qu'ils exposent le plus aux hémorragies.

2. Les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur sont constatées chez une majorité, de femmes (75 %). Elles débutent dès la préménopause, 8 à 12 % des femmes ont des bouffées de chaleur alors qu'elles sont encore bien réglées, et peuvent se poursuivre des années au-delà. Si, chez la plupart des femmes, elles s'estompent au fil du temps, chez certaines, elles ne disparaissent pratiquement jamais.

Il s'agit de brusques sensations de chaleur montant du haut du corps jusqu'au visage, suivies de sueurs importantes (sueurs chaudes ou froides) et de frissons. Leur durée est brève (rarement plus de quelques minutes), elles sont imprévisibles et incontrôlables. Leur fréquence est variable : certaines femmes ont des bouffées de chaleur très épisodiques, d'autres en souffrent tous les jours. Lorsqu'elles surviennent la nuit, les bouffées de chaleur réveillent la femme, l'obligeant quelquefois à se changer. Leur intensité est variable, allant de la simple rougeur du visage, jusqu'à la grande bouffée gênant considérablement la vie sociale. Les bouffées de chaleur sont favorisées par les émotions et peuvent donc survenir en société ; elles sont alors vécues comme une véritable trahison du corps et de l'âge.

L'action des œstrogènes sur les bouffées de chaleur, quasi immédiate et constante, largement supérieure à tout autre produit, a été pour beaucoup dans la réputation d'efficacité du traitement hormonal. Quelquefois cependant, même le traitement hormonal ne parvient pas à les amender.

3. Les troubles psychologiques

Ils accompagnent souvent les modifications du cycle et des règles.

Il s'agit le plus souvent **d'irritabilité**, de sautes d'humeur. « On ne peut plus me parler, je deviens intolérante », « je pars en