



Les modifications avant la ménopause

International **IMS**
Menopause Society
Promoting education and research on midlife women's health

Les saignements de la péri-ménopause

Pour certaines femmes, le début de la ménopause peut être marqué par un arrêt brutal des règles, mais très souvent, il existe des modifications de la fréquence des règles, voire des saignements irréguliers. Bien qu'il s'agisse d'une période normale de la vie, il peut être important d'en parler à votre médecin de manière à éliminer tout autre problème, en particulier si d'autres symptômes gênants sont présents.

Pour plus d'information, consulter le site de l'IMS à www.imsociety.org

International Menopause Society, PO Box 751, Cornwall TR2 4WD
Tel: +44 01726 884 221 Email: leetomkinsims@btinternet.com

Les modifications de la péri-ménopause

Les saignements à la péri-ménopause

Qu'est ce que la ménopause ?

Par définition, la ménopause correspond à la dernière menstruation. Elle marque la fin de la période de reproduction de la femme qui correspond à l'épuisement du stock ovulatoire de l'ovaire. La conséquence en est une baisse de la sécrétion hormonale qui explique l'arrêt des menstruations.

Qu'est ce que la péri-ménopause ?

On appelle péri-ménopause, la période qui précède l'installation de la ménopause et jusqu'à 1 an après les dernières règles. En moyenne, elle peut durer de 1 à 4 ans. Dans les pays industrialisés, l'âge moyen du début de la péri-ménopause est de 47,5 ans. Cette moyenne est cependant très variable. Il est important de rappeler que l'âge moyen de la ménopause est de 51 ans et que la ménopause va donc survenir chez la majorité des femmes entre 45 et 55 ans. Chez certaines femmes, la transition péri-ménopausique peut donc durer plus longtemps, de 5 à 7 ans.

Quelles sont les modifications hormonales au cours de la péri-ménopause ?

Au cours du cycle hormonal, deux hormones sont principalement sécrétées, les estrogènes et la progestérone. Toutes les deux sont sécrétées par les cellules folliculaires de l'ovaire. Les estrogènes sont nécessaires pour augmenter l'épaisseur de la muqueuse interne de l'utérus (appelée endomètre), permettant ainsi à un œuf fécondé de s'implanter lors de la grossesse. La progestérone est sécrétée après l'ovulation. Elle est nécessaire à la grossesse mais elle va également intervenir pour contrôler la croissance de l'endomètre. Si les estrogènes sont sécrétés en quantité trop importante, il peut y avoir des règles trop abondantes ; si la progestérone est sécrétée en quantité insuffisante, la croissance de l'endomètre ne sera pas contrôlée et l'endomètre s'épaissira. Les règles seront alors également trop abondantes. Il faut donc voir les estrogènes comme un engrais qui stimule la « pelouse » représentée par l'endomètre et la progestérone, à l'inverse, qui va faire office de tondeuse en coupant tous les mois, la pelouse endométriale, provoquant les règles. On comprend mieux alors pourquoi les perturbations hormonales de la péri-ménopause (trop d'estrogènes et/ou trop peu de progestérone) peuvent expliquer des règles plus abondantes au cours de la transition ménopausique.

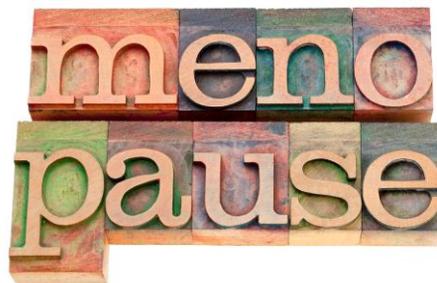
A l'inverse, plus on se rapproche du début de la ménopause, plus la sécrétion des estrogènes va diminuer, avec un endomètre qui s'amincit. L'ovulation est moins fréquente, particulièrement au cours de la dernière année qui précède l'arrêt définitif des règles avec des règles qui seront de moins en moins abondantes, plus espacées et qui finiront par s'arrêter. C'est alors la période de la carence en estrogènes.

Quels sont les symptômes de la péri-ménopause ?

Les modifications de la sécrétion hormonale peuvent être à l'origine de symptômes très variables tant au plan physique, qu'émotionnel. Comme en début de puberté, toutes les femmes n'auront pas la même péri-ménopause. Même si certains symptômes sont fréquents à cette période, leur importance, tout comme leur diversité seront très variables d'une femme à l'autre.

Les symptômes du déficit en progestérone

- ▲ Saignements
 - Cycles courts
 - Règles abondantes et plus longues
 - Spotting prémenstruel



- ▲ Syndrome pré-menstruel (souvent fréquent en pré-ménopause)
 - Troubles de l'humeur
 - Bouffées de chaleur
 - Dépression
 - Baisse de concentration
 - Irritabilité
 - Anxiété
 - Maux de tête (migraines cataméniales [au moment des règles])

Les symptômes en rapport avec trop d'estrogènes

- ▲ Saignements
 - Trop importants
 - Trop longs
 - Trop précoces
 - Anarchiques
- ▲ Tension mammaire
- ▲ Ballonnements
- ▲ Maux de tête
- ▲ Prise de poids
- ▲ Pertes blanches

Les symptômes de la carence en estrogènes

- ▲ Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes et intolérance à la chaleur
- ▲ Insomnie
- ▲ Fatigue
- ▲ Sècheresse vaginale
- ▲ Maux de tête

Bien que les symptômes listés ci-dessus sont fréquents en péri-ménopause, ils peuvent ne pas être présents. Certaines femmes peuvent ainsi n'avoir que quelques symptômes, parfois très peu, voire aucun. Il est recommandé de discuter avec votre médecin de vos symptômes car certains d'entre eux peuvent témoigner d'un problème de santé plus important.

Faut-il consulter son médecin ?

Au cours de la péri-ménopause, beaucoup de femmes présentent des saignements anormaux que ce soit en fréquence, en régularité ou en durée et en abondance par rapport à la période de régularité des cycles ^[1]. Le plus souvent, ces modifications n'ont pas de signification particulière ^[2] et ne sont que la conséquence des modifications hormonales de la péri-ménopause. Elles peuvent cependant être parfois le témoin d'anomalies sous-jacentes et il reste important d'en parler avec votre médecin. Un interrogatoire et un examen gynécologique soigneux peuvent permettre d'identifier leur origine et conduire à des explorations complémentaires et un traitement ^[3]. Ces explorations peuvent inclure un frottis cervico-vaginal, une échographie de l'utérus, une biopsie de l'endomètre ou des analyses sanguines.

Quelles sont les causes des saignements anormaux (en dehors des modifications hormonales) ?

La plupart des causes sont bénignes et non malignes :

- Polypes de l'utérus

- Fibromes utérins
- Adénomyose
- Insuffisance thyroïdienne (qui touche 1 femme sur 4 entre l'âge de 40 et de 55 ans)
- Autres problèmes comme des troubles hématologiques

Les polypes sont des excroissances de la muqueuse utérine. Les fibromes sont des tumeurs bénignes du muscle utérin et ne sont que très rarement malins. L'adénomyose correspond à l'infiltration des cellules de l'endomètre dans le muscle utérin, à l'origine très souvent de douleurs pendant les règles et de rapports sexuels douloureux.

Néanmoins, des saignements anormaux peuvent aussi révéler un cancer de l'endomètre. Bien qu'il soit relativement peu fréquent (1 pour 1000 femmes), il doit être diagnostiqué le plus précocement possible. Il est le plus habituellement associé aux saignements de la post-ménopause, mais parfois également, en péri-ménopause. Le diagnostic peut être rapidement fait avec les explorations déjà citées (échographie de l'utérus et biopsie de l'endomètre). Il y a souvent des saignements abondants et le cancer de l'utérus est plus fréquent dans certaines situations cliniques telles l'obésité, le diabète, les ovaires polykystiques ou la ménopause tardive (au delà de 55 ans). Toutes ces situations sont caractérisées par une imprégnation en estrogènes en excès et/ou une insuffisance ou un déficit en progestérone.

D'autres cancers peuvent également être à l'origine de saignements anormaux ; le cancer du col de l'utérus ou le cancer des ovaires. On retrouve plus fréquemment des spotting ou des saignements intermenstruels. Le cancer de col de l'utérus doit être suspecté sur des anomalies du frottis cervico-vaginal et recherché en cas de saignements survenant après les rapports sexuels. Si c'est le cas, il est important de consulter votre médecin pour envisager des explorations complémentaires.

En résumé, tout saignement anormal après la quarantaine ou au cours de la péri-ménopause ne doit pas être négligé. Ils doivent être explorés pour éliminer un éventuel cancer.

Comment s'assurer qu'il s'agit bien de saignements anormaux ?

Au cours de la péri-ménopause, les saignements anormaux peuvent être définis comme de nature ovulatoire ou anovulatoire, selon qu'il persiste ou non des ovulations. Les saignements dans un contexte de dysovulation sont la conséquence du vieillissement de la fonction ovarienne et d'une production des ovules déficiente. Ils sont typiquement associés au syndrome prémenstruel et parfois à des règles douloureuses. Les saignements de nature anovulatoire sont plus fréquents en fin de péri-ménopause et sont à l'origine de saignements prolongés et de règles abondantes^[4]. Ces sont ces saignements qui sont les plus reliés au cancer de l'endomètre ou à l'hyperplasie de l'endomètre (qui est un état pré-cancéreux, lorsque la muqueuse de l'utérus s'épaissit)^[5].

Des saignements anormaux dans un contexte d'anovulation (antécédents de règles anarchiques, irrégulières ou abondantes) doivent être explorés par une échographie de l'utérus. Il existe souvent une augmentation de l'épaisseur de l'endomètre et il est alors recommandé de faire une biopsie. En préménopause, l'épaisseur de l'endomètre peut varier de 3 à 12 mm. Une épaisseur plus importante doit être obligatoirement prise en compte.

Tout en tenant compte des caractéristiques de votre propre cycle, y a un certain nombre de signaux qui doivent vous conduire à consulter votre médecin :

- Des saignements qui nécessitent de changer de protection toutes les heures pendant plus de 24 heures ;
- Des saignements qui durent plus de deux semaines ;
- Tout saignement qui réapparaît après les dernières menstruations. Le délai peut être variable mais on considère que tout saignement survenant 12 mois après les dernières règles doit être considéré comme un saignement anormal de la post-ménopause.

Éventuellement, il peut être intéressant de noter les périodes de saignement (calendrier menstruel) et les symptômes anormaux que vous pourrez ensuite montrer à votre médecin. Cela peut représenter une aide à l'examen et au diagnostic^[6].

Quelles sont les situations qui doivent faire craindre un cancer de l'endomètre ?

Comme pour un certain nombre de pathologies, le cancer de l'endomètre est fortement associé à l'obésité [7], particulièrement chez les femmes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² [8]. Prendre en charge votre obésité ne peut que contribuer à diminuer ce risque tout comme celui d'autres pathologies. Un surpoids important ne peut de plus qu'avoir un impact sur les options thérapeutiques du cancer de l'endomètre. En cas d'obésité majeure, la chirurgie invasive peut ne pas être une bonne option compte tenu des complications potentielles au cours de l'intervention chirurgicale ou en post-opératoire [9].

Il est possible qu'une activité physique régulière puisse avoir un effet protecteur vis-à-vis du cancer de l'endomètre [10], mais plus d'études sont nécessaires pour confirmer cet effet et son importance [11].

Traiter les saignements anovulatoires par un progestatif ou une pilule contraceptive à faible dose peut diminuer de manière significative le risque de cancer de l'endomètre.

Est-il possible de traiter des saignements anormaux ?

Il est important d'identifier la cause des saignements anormaux avant de considérer qu'ils sont un symptôme banal de la péri-ménopause. De plus, des saignements excessifs peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie. Ils sont à la fois générateur d'anxiété et d'inconfort, particulièrement lorsqu'ils sont importants ou imprévisibles. Ils peuvent également avoir un impact économique non négligeable, du fait des arrêts de travail qu'ils entraînent [12.]

Quelles sont les stratégies de prise en charge des saignements anormaux ?

1. Une vie saine est importante :

Une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, l'arrêt du tabagisme et la non consommation de drogues ou d'opioïdes est important. Essayer également de prendre en compte le stress et de minimiser les tensions dans votre vie.

2. Augmenter les apports en fer :

Des pertes sanguines importantes peuvent être cause d'anémie, particulièrement en cas de déficit en fer [13]. Augmenter vos apports alimentaires peut contribuer à diminuer le risque d'anémie. On trouve du fer dans les épinards et les légumes à feuilles vertes, la viande rouge et les œufs. Certains pains et certaines céréales sont enrichis en fer [14]. Il peut cependant être nécessaire de prendre une supplémentation en fer. Il est recommandé de le prendre à jeun avec de la vitamine C ou avec du jus d'orange. La supplémentation en fer peut entraîner une constipation et vous pouvez avoir besoin de consulter.

3. Le traitement hormonal :

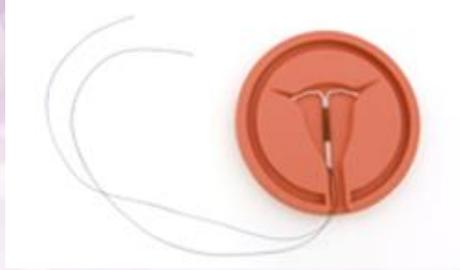
Une contraception orale ou un traitement progestatif peut contribuer à réduire des saignements abondants et à réguler le cycle menstruel. Rappelez vous que la progestérone contribue à réguler l'augmentation de l'épaisseur de l'endomètre induite par les estrogènes [15]. Votre médecin saura vous proposer le traitement le plus adapté à votre situation clinique. L'individualisation du traitement est un point crucial de la prise en charge. Rappelez vous que la contraception orale, même à faibles doses, est contre-indiqué en cas de tabagisme. Différents facteurs de risques tels l'âge, l'ancienneté de ménopause ou une augmentation du risque cardio-vasculaire, infarctus du myocarde ou AVC, tout comme de celui du cancer du sein doivent être pris en compte avant d'envisager un traitement hormonal [16.]

4. Les anti-inflammatoires :

Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) peut être prescrit au cours des 3 premiers jours des règles pour diminuer le flux menstruel [17,18]. Ils peuvent également diminuer les douleurs des règles. En cas de saignements fonctionnels, ils peuvent permettre d'en diminuer l'importance [19]. Il est néanmoins nécessaire de prendre en compte leurs effets secondaires d'irritation gastrique.

5. Les stérilets :

Les dispositifs intra-utérins ou stérilets sont des moyens classiques de contraception. Un seul type de stérilet peut contribuer à réduire les saignements anormaux et contrôler les saignements utérins. Il s'agit des stérilets qui délivrent un progestatif dérivé de la progestérone. En France, seul le stérilet au lévonorgestrel est disponible. Il peut être facilement inséré dans la cavité de l'utérus. Son imprégnation hormonale va agir localement pour limiter la croissance de l'endomètre. Il a peu d'effets secondaires dans la mesure où le passage systémique dans la circulation générale du progestatif est minime. Il est disponible depuis les années 1980 et permet la réduction du flux menstruel dans 95% des cas. Cette diminution survient dans les 6 à 12 premiers mois après son insertion et perdure jusqu'à 5 ans. Bien évidemment, il permet également la contraception de la période péri-ménopausique.



Quoi d'autres ?

Si vous avez des préoccupations concernant la péri-ménopause ou certains des problèmes qui ont été présentés dans ce livret, allez en discuter avec votre médecin. Cela pourra vous aider à prendre en charge vos symptômes, à prévenir la survenue de complications et à envisager un traitement si nécessaire.

En cas de saignements anormaux, votre médecin peut vous proposer d'autres options médicales, voire même une intervention chirurgicale après une évaluation soigneuse de votre situation clinique. Cela peut inclure un curetage hystéroscopique, une polypectomie ou une myomectomie (ablation d'un fibrome), voire une ablation de l'endomètre (endométrectomie chirurgicale). Les traitements conservateurs (qui préservent l'utérus) sont maintenant beaucoup plus habituels qu'il y a 10 ans. En dernier recours, une hystérectomie (ablation de l'utérus) peut être nécessaire en cas d'échec thérapeutique.



References

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists (March 2017). "Frequently Asked Questions FAQ095 Gynecologic Problems: Abnormal Uterine Bleeding". www.acog.org/-/media/For-Patients/faq095.pdf?dmc=1&ts=20170530T2118409798 (Cited May 2017).
2. (2016). "Abnormal Uterine Bleeding". *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(4): 522-527.
3. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, et al (May 2013). Clinical Practice – Gynaecology Committee. "Abnormal uterine bleeding in premenopausal women". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(5):473–479.
4. BlaserFarrukh, Jill; McKee, Nora; Towriss, Kellie (August 2015). "Abnormal uterine bleeding: Taking the stress out of controlling the flow". *Canadian Family Physician*, 61(8): 693–697.
5. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, et al (May 2013). Clinical Practice – Gynaecology Committee. "Abnormal uterine bleeding in premenopausal women". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(5):473–479.
6. Tracee Cornforth, (2017). "Is Irregular Bleeding Normal During Perimenopause?". Very Well: www.verywell.com/bleeding-after-sex-during-perimenopause-3522479 (Cited June 2017).
7. Dr PL Martin-Hirsch, Dr S Ghaem-Maghami (2012). "Endometrial Cancer in Obese Women". Scientific Impact Paper No 32: 2.
8. Foley K, Lee RB. Surgical complications of obese patients with endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1990;39:171–4.
9. Paola A Gehrig et al (2008). "What is the optimal minimally invasive surgical procedure for endometrial cancer staging in the obese and morbidly obese woman?" *Gynecologic Oncology*, 111(1): 41-45.
10. Weight control and physical activity. In: H. Vaino and F. Bianchini (eds), IARC Handbook for Cancer Prevention Vol. 6, pp. 1–315. Lyon, France: IARC Press, 2002.
11. Rudolf Kaaks, Annkatrin Lukanova, Mindy S Kurzer (2002). "Obesity, Endogenous Hormones, and Endometrial Cancer Risk". *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. Volume 11, Issue 12, pp. 1531-1543.
12. Ian S Fraser, Sue Langham, Kerstin Uhl-Hochgraeber, (2014). "Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding". *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 4(2): 179-189.
13. Vercellini P, Vendola N, Ragni G, Trespedi L, Oldani S, Crosignani PG, (1993). Abnormal uterine bleeding associated with iron-deficiency anemia. Etiology and role of hysteroscopy". *The Journal of Reproductive Medicine*, 38(7): 502-504.
14. EM DeMaeyer et al. (1989). "Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care: A guide for health administrators and programme managers". World Health Organization, www.who.int/iris/handle/10665/39849.
15. JoAnn V Pinkerton (2015). "Dysfunctional Uterine Bleeding (DUB) (Functional Uterine Bleeding)". MSD Manual, www.msmanual.com/en-gb/professional/gynecology-and-obstetrics/menstrual-abnormalities/dysfunctional-uterine-bleeding-dub
16. The North American Menopause Society, the American Society for Reproductive Medicine, and The Endocrine Society (2017). "The experts do agree about hormone therapy." The North American Menopause Society: www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/the-experts-do-agree-about-hormone-therapy (Cited June 2017).
17. Association of Reproductive Health Professionals, (2008). "Abnormal Uterine Bleeding". www.arhp.org/Publications-and-Resources/Clinical-Fact-Sheets/Abnormal-Uterine-Bleeding (Cited June 2017)
18. S. R. Goldsteina, M. A. Lumsdenb and D. F. Archerc, 2017, Abnormal uterine bleeding in perimenopause, *Climacteric* 2017 (pending publication).
19. Kristen A Matteson et al (2013). "Non-surgical management of heavy menstrual bleeding: A systematic review and practice guidelines". *Obstet Gynecol*, 121(3): 632-643.

Disclaimer

Information provided in this booklet might not be relevant to a particular individual's circumstances and should always be discussed with the individual's healthcare professional.

This publication provides information only. The International Menopause Society can accept no responsibility for any loss, howsoever caused, to any person acting or refraining from action as a result of any material in this publication or information given.

