

ITEM 55 : MENOPAUSE

CLINIQUE

Diagnostic positif	- Diagnostic clinique : Femme d'âge compatible (~ 50 ans) + aménorrhée > 3 mois : Diagnostic suspecté + aménorrhée ≥ 1 an : Diagnostic confirmé - Le plus souvent précédé d'un sd péri-ménopausique Cycles irréguliers – Bouffées de chaleur Tb de l'humeur – Prise de poids – Baisse de libido – Sécheresse vulvo-vaginale - Dyspareunie - /!\ Si ménopause avant 40 ans : Insuffisance ovarienne précoce
Sd climatérique	- Inconstant et d'intensité variable - Bouffées de chaleur – Sueurs nocturnes - Tb neuropsychique : Tb de l'humeur (dépression) – Irritabilité
Complications	Osseuse : Ostéoporose +/- fracture
	CV : Augmentation du risque CV
	Général : Prise de poids - ↑ masse grasse - ↓ masse maigre – Répartition androïde
	Tb sexuels : Atrophie/sécheresse vulvo-vaginale – Dyspareunies - ↓ libido – Involution adipeuse des seins – Atrophie utérine/endométriale
	Tb cutanéophanériens : Amincissement cutané – Perte de l'élasticité – Cheveux cassants
	Tb urogynéco : - Incontinence urinaire – Prolapsus - Modification de la flore de Doderlein : Risque d'infection vaginale augmentée - Involution des fibromes éventuels
	Tb psychiques : - Tb de la mémoire et de l'attention - Anxiété – Irritabilité – Dépression - Insomnie
Diagnostic différentiel	Autres causes d'aménorrhée IIaire
Pré-thérapeutique	- ATCD : K du sein ou de l'endomètre – MTEV – FDRCV - FCV

PARACLINIQUE

Diagnostic positif	Tableau typique : Aucun examen complémentaire Doute diagnostique ou pré-THS : Test au progestatifs (négatif) Dosages hormonaux - FSH ↑↑ - LH ↑ - Oestradiol et progestérone ↓↓ Indications - Difficulté diagnostique : Hystérectomie – Contraception par oestro-progestatifs - Tableau atypique : Abs de sd climatérique – Age < 40 ans
Bilan pré-thérapeutique	- Mammographie bilatérale et comparative – A répéter / 2 ans - EAL – GAJ - FCV +/- Echographie pelvienne (étude de l'épaisseur de l'endomètre et annexes) - ODM non systématique

PRISE EN CHARGE

Lieu	Ambulatoire
Péri ménopause	Si méno-métrorragies : TTT par progestatifs - J15 – J25 du cycle si pas d'effet contraceptif voulu - J5 – J25 du cycle si effet contraceptif voulu /!\ Tjs éliminer un cancer de l'endomètre devant des méno-métrorragies en péri-ménopause
RHD	- Prévention de l'ostéoporose : Supp. Vitamino calcique – Exercice physique régulier en charge

	- Prévention du risque CV : PEC des FDRCV – RHD – Activité physique régulière	
THS	Indication	/!\ Non systématique – Proposé mais non imposé Sd climatérique invalidant – Dose minimale efficace 5 ans max – Réévaluation / an
	CI absolue	- ATCD de cancer hormonodépendant : Sein – Endomètre - ATCD MTEV – Haut risque CV - Tumeur hypophysaire - Hémorragie génitale de diagnostic étiologique inconnu - IHC sévère
	CI relative	- HTA – Dyslipidémie – Diabète - Fibrome utérin – Adénomyose - Endométriose - Lupus - Mastopathie bénigne - Insuffisance rénale - Otospongiose
	Modalités	Information sur risques et bénéfices du traitement Oestrogènes transdermiques + progestatifs PO - Séquentiel (avec règles) : Oestrogènes J1 – J25 / Progestatifs J14 – J25 - Combiné : Prise continue d'OP Exception : Oestrogène seul si hystérectomie (Progestatif = Eviter K de l'endomètre)
	Bénéfices	- Court terme : Amélioration du syndrome climatérique - ↓ risque de prolapsus et d'incontinence urinaire d'effort - Long terme : Prévention de l'ostéoporose et du CCR
	Complication	- Cancer du sein et de l'endomètre - Sur-risque CV : AVC – IDM - TVP – EP - Lithiase biliaire
Autres TTT	- Phytothérapie - Dyspareunie : Ovule d'oestrogènes (Colpotrophine)	
Surveillance	- Examen clinique régulier : FDRCV – Poids – TA – Palpation des seins – Examen gynécologique complet Apparition de CI au THS Signes de sous dosage en oestrogènes : Réapparition du syndrome climatérique Signes de surdosage : Tension mammaire – Règles abondantes – Nausées - ↑ poids - Mammographie bilatérale et comparative / 2 ans - EAL + GAJ à 3 et 6 mois puis / an - FCV	

ITEM 55 : ANDROPAUSE

CLINIQUE

Diagnostic positif	Généraux : ↓ masse μ - ↑ masse grasse - Bouffées de chaleur – Transpiration excessive
	Cutané/phanère : Dépilation – Cheveux fins/soyeux – Amincissement cutané
	Sexuel : Gynécomastie – Atrophie testiculaire – Dysfonction érectile - ↓ libido – Infertilité
	Tb ψ : Irritabilité – Dépression – Asthénie – Tb du sommeil et de concentration
	Tb osseux : Ostéoporose +/- fracture
Diagnostic différentiel	- Autre cause d'hypogonadisme - Hypothyroïdie – Obésité – maladie chronique – Tabac/OH → Testostérone biodisponible normale
Pré-thérapeutique	- ATCD : K du sein – K de prostate – Perversion sexuelle – Sptmes de SAS - TR

PARACLINIQUE

Diagnostic positif	- Testostérone libre calculée à partir de : Testostérone totale – Albumine – SHBG : ↓ - FSH – LH : ↑↑ NB : Si FSH/LH normaux ou ↓ = Hypogonadisme central → Prl – Bilan du fer (hémochromatose) – IRM de la selle turcique
Complications	ODM : non systématique
Pré-thérapeutique	- PSA - EAL – GAJ - BHC – BR - NFS

PRISE EN CHARGE

Lieu	Ambulatoire	
RHD	- Prévention de l'ostéoporose : Supp. Vitamino calcique – Exercice physique régulier en charge - Prévention du risque CV : PEC des FDRCV – RHD – Activité physique régulière	
THS	Indication	/!\ Non systématique : Si déficit androgénique sévère
	CI	- Cancer de la prostate – Cancer du sein - ATCD de perversion sexuelle - IHC sévère – I. cardiaque sévère - Hypercalcémie - Polyglobulie
	PE	- SAS - Hypertrophie bénigne de prostate - Insuffisance rénale sévère - Thrombocytémie
	Modalités	Testostérone (Androtardyl) PO – IM - Transdermique
	Complication	- Dyslipidémie - Polyglobulie - Aggravation d'une gynécomastie pré-existante - Aggravation d'un SAS - Stimulation d'un ADK de prostate pré-existant méconnu
Surveillance	Clinique : Poids – TA – FDRCV – Signes de sur/sous dosage - TR	
	PSA – EAL +/- ODM NFS : ↓ dose si Ht > 52% - ↑ si Ht > 55%	