

THESE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA PERIODE DE
MENOPAUSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.**

**Présentée et soutenue publiquement le / / / 2009 devant le jury de la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Par [Lamine S. DIARRA](#)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président : **Professeur Salif DIAKITE**

Membres : **Dr Oumar M. TRAORE**
Dr Issa DIARRA

Directeur : **Professeur Mamadou TRAORE**

DEDICACES

Je dédie ce travail

A

Ma mère Sountiè DIARRA

Je ne saurais oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens. Tu es la clef de notre réussite. Que Dieu Le Tout Puissant te donne longue vie afin que tu puisses manger le fruit de l'arbre que tu as entretenu.

Mon père feu Mamadou DIARRA

Très tôt le destin t'a arraché à notre affection. Ce travail est le fruit des efforts que tu as consentis dans la famille. Dors en paix papa, puisse Allah t'accorder Son paradis.

Ma grand-mère feu Diowori DIARRA

Bien que nous ne t'avons pas connu vivante, tu resteras auprès de nous pour guider encore nos pas. Dors en paix ma vieille chérie.

Mon grand-père feu Doukoufana DIARRA

Bien que nous ne t'avons pas connu vivant, tu resteras auprès de nous pour guider encore nos pas. Saches que nous honorerons partout ton nom.

Que Dieu t'accorde Sa miséricorde.

Mes frères

Modibo, Amadou, Chaka, Lassina, Adama, Kama, N'Dji, Nouhoum DIARRA, Youssouf KONE et leurs épouses. Recevez toute ma reconnaissance.

Mes sœurs

Oumou, Maimouna, Fatoumata, Mamou, Kadiatou, Aminata, Bintou DIARRA et leurs époux. Recevez toute ma gratitude.

Mes cousins : Moussa TRAORE, Madou SAMAKE, Bafing DIARRA

Mes cousines : Astan, Fatoumata, Kotène, Tènè TRAORE.

REMERCIEMENTS

A

Dieu le Tout Puissant l'Omnipotent et l'Omniscient

Mes tontons : Colonel Issa DIARRA, Djadouba DIARRA, Molobaly DIARRA, Zantigui DIARRA, Zanké TRAORE

Merci pour tout le soutien. Recevez toute ma reconnaissance.

Mes tantes : Aminata, Awa DIARRA

Merci pour le soutien et les bénédictions.

Mes amis d'enfance : Zoumana, Diakaridia DIARRA, Adama Samaké

Retrouvez toute ma sympathie.

Mes collègues du service

Nouhoum DIAKITE, Dramane NIMAGA, Nagazanga DAO, Yacouba KONE, Chaka MALLE, Abdoulaye SANOGO, Zoumana KOUMARE, Aly BAMADIO, Abdoulaye KAYENTAO, Bekaye TRAORE, Nama KEITA, Issa KEITA, Sékou DIAKITE, David DIONE, Jacque SOMBORO, Morikè TRAORE, Makan SISSOKO, Abdoul K. KONE, Garba SAMASSEGOU, Mounè KONE, Fatoumata DIAWARA, Salimata SAMAKE, Ibrahima SANGARE, Birama DIARRA, Yaya DEMBELE, Youssef DANGNOKO, Youssef TRAORE.

Mes collègues du lycée et de la FMPOS

Lassana BALLO, Kassim SANGARE, Kendia Mady KEITA, Bourama KONE, Youssef KEITA, Mecki Dian DIALLO, Bakary DEMBELE, Chaka et Salif KAMISSOKO, Nagna GOITA, Seba KONATE, Mamadou SANOGO, Saibou DOUMBIA, Sekou KONE.

Recevez ici ma sincère admiration et bon courage.

Tout le personnel du CSRef CV

Tous les amis et parents que je n'ai pas nommés ici.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la FMPOS

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations, votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Soyez en infiniment remercié.

Que Dieu dans Sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bien faits et vous accorde une longue et heureuse vie.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine.

A notre maître et membre du jury

Docteur Oumar M. TRAORE

Gynécologue obstétricien

Cher maître, c'est un plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur dans le travail, votre dévouement et votre générosité font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre maître et codirecteur de thèse

Médecin colonel Issa DIARRA

Maître assistant de gynécologie et obstétrique à la FMPOS

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici l'expression de toute notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMPOS

Secrétaire Général adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant au sein de votre service.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez rassuré que nous nous servirons, de toute notre vie, de la méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

LISTE DES ABREVIATIONS

C.S.Ref.CV:	Centre de santé de référence de la commune V
CSCOM :	Centre de santé communautaire
E1 :	Estrone
E2 :	Oestradiol
FSH :	Hormone folliculo-stimulante
INPS:	Institut national de prévoyance sociale
LH :	Hormone lutéinique
LHRH :	Gonadoliberine
P :	Progestérone
PDSC :	Plan de développement socio-sanitaire de la commune
PEV :	Programme élargi de vaccination
PF :	Planing familial
PH :	Potentiel hydrogène
TA :	Tension artériel
TBG :	Thyroid-binding-globulin
THS :	Traitement hormonal substitutif
VIH:	Virus de l'immuno-déficience humaine

SOMMAIRE

	Pages
I-INTRODUCTION	1
II-OBJECTIFS	3
2-1- Objectif général	3
2-2- Objectifs spécifiques	3
III- GENERALITES	4
3-1 Définition.....	4
3-2 Historique.....	4
3-3 Rappel anatomique de l'appareil génital féminin	5
3-5 Importance de l'axe hypothalamo-hypophysaire dans la ménopause	9
3-6 Physiopathologie	10
3-7 Fonction ovarienne	11
3-8 Troubles de la ménopause.....	12
3-9 Modifications des organes génitaux.....	14
3-10 Remarques	15
3-11 Traitement.....	19
IV- METHODOLOGIE	21
4-1 Cadre d'étude	21
4-2 Situation du personnel du centre de santé de référence de la commune v par catégorie professionnelle.....	22
4-3 Type d'étude	23
4-5 Collecte des données	23
4-6 Population d'étude	23
4-7 Echantillonnage	24
4-8 Les variables étudiées	24
V- RESULTATS	27
5-1 Epidémiologie	27
5-2 Etude clinique	33
5-3 Prise en charge	36
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	38
VI-CONCLUSION	43

VII- RECOMMANDATIONS	44
VIII- REFERENCES	45
X. ANNEXES.....	51

I-INTRODUCTION

Le mot « ménopause » désigne le moment où les règles s'arrêtent définitivement. Ménopause, mot apparu en 1926 dans la langue française selon le dictionnaire Robert ; dérive des mots grecs : mên, mênos qui signifie mois (d'où mêniaia = menstrues) et pausis = cessation. [27]

Dans différents dictionnaires ; diverses définitions assez proches du mot ménopause sont énoncées. Ainsi on peut relever :

- Selon le Robert « fin de la fonction menstruelle, époque où elle se produit.
- Selon Flammarion (mên : mois, lunaison ; pausis : cessation) Epoque

Climatérique de la femme se situant normalement entre 50 ans et 55 ans ; caractérisée par l'extinction des fonctions ovariennes et la disparition totale de la menstruation. On admet que la ménopause est installée lorsqu'il n'y a pas eu de règles depuis un an. Après l'ablation chirurgicale des ovaires (castration) chez une femme encore réglée, la ménopause qui s'ensuit est dite artificielle.

- Selon le Larousse « Cessation définitive de l'ovulation et des règles chez la femme ».

La ménopause elle-même étant la cessation des menstruations d'un an ou au plus et sans grossesse du fait de l'épuisement progressif des follicules ovariens. Il s'agit d'une longue période de transformation physiologique où la disparition du phénomène menstruel n'est qu'épisodique. [2, 21].

La ménopause peut avoir des conséquences physiques, physiologiques et sociales parfois sérieuses ou même graves dans certains cas. Toutefois la ménopause n'est pas synonyme de sénescence, et beaucoup de femmes précocement ménopausées ont une vie sociale et sexuelle normale. D'autres au contraire ressentent avec l'arrêt des règles une fatigue et toute une série de troubles qui peuvent durer des années, mais dont vient habituellement à bout un traitement hormonal bien conduit. Elle ne doit donc plus être pour la femme un sujet d'effroi ou de désespoir. [1]

Pour certains auteurs : « ceux qui sont prêts à traiter la ménopause considèrent cet état comme une carence hormonale réalisant ainsi une médecine préventive efficace ».

Cette carence est source de désagréments et de symptômes inconstants qui amèneront un faible pourcentage de femmes à se faire consulter. Mais la baisse prolongée des estrogènes est à l'origine de manifestations plus sournoises : risque cardiovasculaire accru et ostéoporose post-ménopausique. Ces deux risques sont à l'origine d'une importante morbidité et mortalité représentant un problème réel de santé publique; ils peuvent être atténués par le traitement hormonal substitutif (THS). [14, 27].

La ménopause recouvre deux périodes très différentes aussi bien sur le plan clinique que biologique :

- La pré-ménopause ;
- La ménopause confirmée;

Les troubles du cycle, l'aménorrhée, les métrorragies péri-ménopausiques et post-ménopausiques; les bouffées de chaleur, sont des motifs fréquents de consultation et constituent un syndrome inquiétant pour la patiente.

Au Mali, nous constatons que les femmes ménopausées ne restent plus à l'écart dans la société et viennent souvent se faire consulter:

- Soit pour une demande de cycle artificiel;
- Soit pour des problèmes d'ordre sexuel;

L'âge moyen de la ménopause varie avec la race (familiale); la parité et l'allaitement ? Les facteurs socio-économiques. L'âge moyen de survenue de la ménopause est de 48 ans. Au Sénégal l'âge moyen à la ménopause est de 50 ans selon les études de SIMAGA et coll. [19, 20]

II-OBJECTIFS

1- Objectif général

-Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la ménopause dans le service de gynécologie obstétrique.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des femmes consultant pour troubles de la ménopause.
- Déterminer les plaintes rapportées par les patientes.
- Préciser les pathologies retrouvées à l'examen clinique.
- Préciser la prise en charge dans le service.

III- GENERALITES

1- Définition :

La ménopause correspond à l'arrêt définitif du fonctionnement ovarien :

- l'ovaire ne possède plus de follicule fonctionnel ;
- la sécrétion d'œstrogène s'effondre ;
- La cessation définitive des menstruations.

Une aménorrhée d'une durée égale ou supérieure à un (1) an témoignerait d'une ménopause confirmée pour une probabilité élevée de l'ordre de 90%. L'absence de saignement après un test à la progestérone permet de confirmer l'arrêt des sécrétions ovariennes œstrogéniques.

2- Historique :

L'âge moyen de la ménopause était de 50 ans au moyen âge mais à cette époque; l'espérance moyenne de vie était de 33 ans, alors qu'elle est de 81 ans aujourd'hui. La femme des pays développés survit donc 30 ans après l'arrêt de la fonction ovarienne (l'âge moyen de la ménopause est en France de 51 ans) et est soumise au risque de la carence oestrogénique. Cette carence est source des désagréments et des symptômes inconstants qui amèneront un faible pourcentage de femme à consulter. Mais la baisse prolongée des estrogènes est à l'origine des manifestations plus sournoises : risque cardio-vasculaire accru et ostéoporose post-ménopausique. [6; 7] Ces deux risques sont à l'origine d'une importante morbidité et mortalité représentent un problème réel de santé publique ; ils peuvent être atténués par le traitement hormonal substitutif (THS). En France 10 millions de femmes sont ménopausées et 12% seulement reçoivent un traitement substitutif contre 18% en Allemagne et 76% aux USA. La majorité des traitements substitutifs sont prescrits par les spécialistes ; les médecins généralistes hésitent à prescrire et s'orientent surtout vers des traitements symptomatiques. Le principal écueil est le suivi du traitement à long cours puisqu'on estime que 40% seulement

des femmes chez qui ce traitement a été prescrit le poursuivent au-delà de la première année. La reprise des cycles et la crainte du cancer du sein semblent les motifs les plus fréquents de ces arrêts de traitement. La prescription d'un THS devrait donc être adapté au profil de la femme et précédée d'une information claire précise de ses avantages et inconvénients.

Elle correspond à une date; celle de la dernière menstruation. Une aménorrhée d'une durée égale ou supérieure à un an témoigne d'une ménopause confirmée avec une probabilité élevée de l'ordre de 90% ; et il est admis qu'on ne peut parler de ménopause avant un tel délai actuellement. [25, 27]

3- Rappel anatomique de l'appareil génital féminin

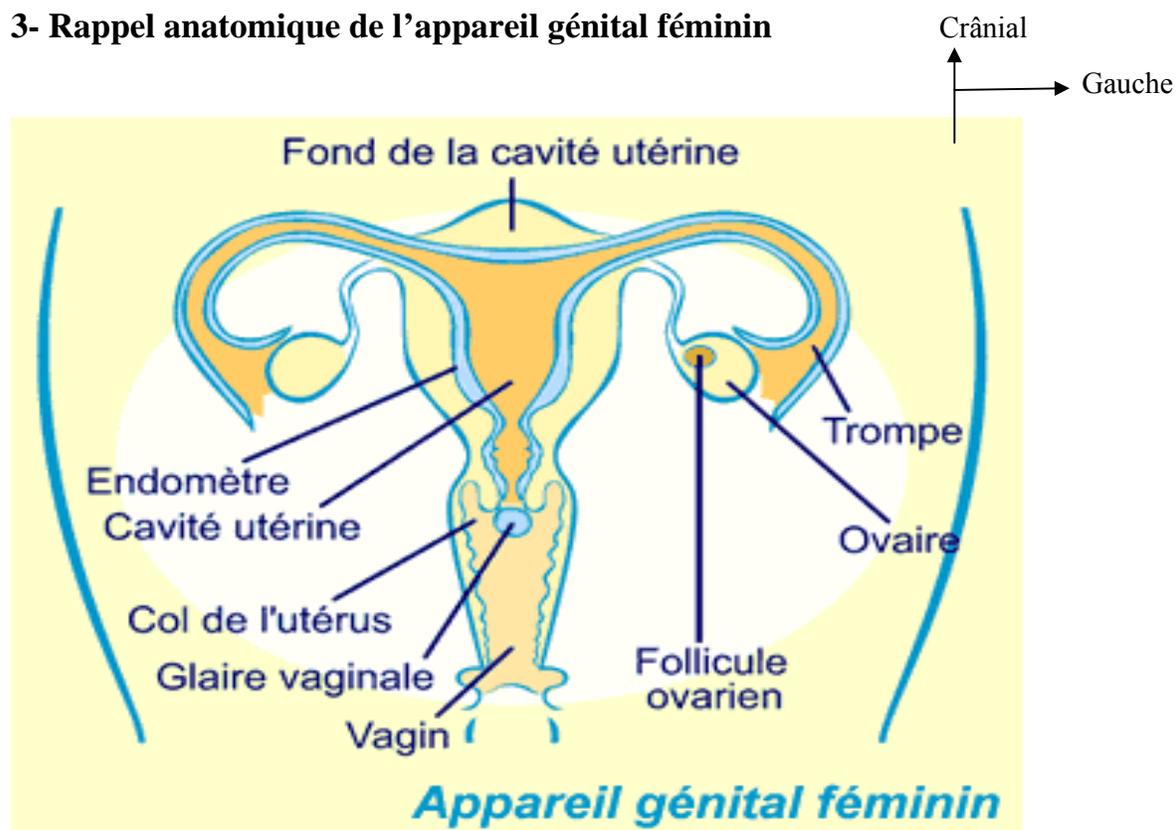


Figure 1 : appareil génital féminin [18]

L'appareil génital de la femme comprend de bas en haut, la vulve, le vagin, l'utérus et ses annexes (trompes utérines, ovaires).

A- Macroscopie :

Utérus : c'est un organe impair. Muscle creux en forme de poire aplatie, situé dans le petit bassin et constituant avec les trompes, les ovaires et le vagin, les organes génitaux internes de la femme. L'utérus recueille l'ovule fécondé et assure la gestation ; en l'absence de fécondation, le renouvellement de sa muqueuse correspond à la fonction de menstruation. On distingue trois parties dans l'utérus :

1) Le corps utérin : de forme triangulaire, aplati d'avant en arrière. Les bords latéraux forment avec le fond des angles aigus, les cornes utérines, lesquelles se continuent par les trompes de Fallope ;

2) Le col utérin : forme à peu près cylindrique, il est plus étroit et moins volumineux que le corps. Il fait saillie dans le fond du vagin en constituant le « museau de Tanche » que l'on voit au spéculum vaginal. La partie externe du col de l'utérus est également nommée exocol et sa partie interne, constitué par le canal cervical, endocol.

3) L'isthme : unit le col et le corps.

L'utérus est relié aux parois du bassin par trois paires de ligaments qui lui laissent une grande liberté. Ce sont les ligaments latéraux ou ligaments larges, les ligaments antérieurs ou ligaments ronds, les ligaments postérieurs ou ligaments utero sacrés. [18]

B- Microscopie

La paroi utérine épaisse d'un centimètre, se divise en trois tuniques qui sont, en allant de dehors en dedans :

1) La tunique séreuse ou péritonéale : le péritoine tapisse en effet la face antérieure, le fond, puis la face postérieure du corps utérin avant de se réfléchir en remontant sur la face antérieure du rectum pour former le cul de sac de Douglas.

2) La tunique musculaire ou myomètre : elle représente de beaucoup la masse principale de l'organe, puisque c'est un muscle creux. Elle est faite de trois couches musculaires : deux longitudinales, séparées par une couche circulaire.

3) La tunique muqueuse ou endomètre : elle présente un épithélium cylindrique cilié, à une seule couche de cellules et de nombreuses glandes en tubes s'enfonçant entre les faisceaux musculaires. L'état de cette muqueuse est sous la dépendance des hormones ovariennes et de leurs fluctuations. Elle est donc de ce fait en constant remaniement : immédiatement après les règles, les oestrogènes activent la prolifération de cette muqueuse ; après l'ovulation, la sécrétion de progestérone détermine des modifications dites « de la phase sécrétoire » qui ont pour objet de permettre l'implantation de l'œuf fécondé en son sein (nidation).

Au cours du cycle menstruel on peut reconnaître deux couches endométriales :

- Une couche profonde dite basale, très mince qui subit peu de modification au cours du cycle menstruel.
- Une couche superficielle qui est le siège de transformation cyclique et qui est éliminée au moment des règles : couche fonctionnelle.

Cette couche superficielle se divise en deux zones :

- * Une zone superficielle ou couche compacte et une zone profonde spongieuse.

La vascularisation utérine :

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et accessoirement par l'artère de ligament rond et de l'ovaire.

Les veines issues des tuniques forment à la surface un réseau plexiforme.

Les lymphatiques : le développement de la chirurgie du cancer de l'utérus dans le sens de la lymphatectomie rend indispensable la connaissance des lymphatiques.

Ils comprennent :

- le réseau d'origine composé de réseaux musculoux et séreux ;
- le réseau collecteur péri-utérin ou périmusculaire ;
- les trompes efférentes.

Innervation : tous les nerfs de l'utérus proviennent essentiellement du plexus hypogastrique inférieur. [30]

Les trompes utérines : conduits reliant les ovaires qu'elles coiffent aux cornes de l'utérus situées dans le fond de cet organe. C'est par la trompe que l'ovule émis par

le follicule à la surface de l'ovaire gagne la cavité de l'utérus et c'est dans sa lumière que se fait normalement la fécondation de l'ovule par les spermatozoïdes venus à sa rencontre. On distingue à chaque trompe quatre parties :

- La portion interstitielle, qui traverse l'épaisseur du muscle utérin et mesure 1cm.
- L'isthme qui mesure 4cm.
- L'ampoule qui longe le bord antérieur de l'ovaire puis redescend sur sa face interne, sa longueur est de 7cm.
- Le pavillon qui coiffe la face interne de l'ovaire et porte des franges très mobiles qui vont capter l'ovule à la sortie du follicule.

Les Ovaires : glandes génitales de la femme ; au nombre de deux ils sont situés de part et d'autre de l'utérus. C'est un organe qui a une double fonction : sécrétion des hormones et production des ovules. L'ovaire pèse environ 2-3 g chez l'enfant ; 6-8 g chez l'adulte et après la ménopause 1-2 g.

Chez l'adulte il mesure 1 cm d'épaisseur; 2cm de large et 4cm de long. Son volume est très variable selon les conditions physiologiques. Une coupe parallèle aux deux faces de l'ovaire montre deux zones :

- Une zone périphérique : corticale
- Une zone centrale : médullaire.

Vascularisation de l'ovaire : l'ovaire est irrigué principalement par l'artère ovarienne et l'artère utérine. Les veines suivent un trajet analogue à celui des artères mais en sens inverse.

L'innervation de l'ovaire a une double origine : le plexus ovarien principalement et plexus hypogastrique inférieur accessoire. [17]

4- Quelques définitions

On distingue chronologiquement trois (3) périodes :

- la période d'activité génitale : qui va des premières règles aux premières manifestations de la défaillance ovarienne ;

- la péri ménopause : qui débute avec les premières irrégularités menstruelles, et/ou les premiers troubles fonctionnels. Elle englobe la ménopause proprement dite ;
- la post-ménopause ou ménopause confirmée :
- Deux remarques sur les définitions utilisées :
 - * l'une sur le plan de la terminologie : le terme français, pré ménopause correspond à la période de troubles précédant l'arrêt des menstruations à ne pas confondre avec le terme anglo-saxon « prémenopausal Women » qui désigne actuellement la période d'activité génitale allant de la puberté à l'âge des premiers troubles ;
 - * l'autre sur la définition des ménopauses précoces et tardives : l'âge de survenue de la ménopause est autour de la cinquantaine habituellement. [1] Mais il existe des ménopauses qui surviennent dès la quarantaine passée et à l'inverse des femmes encore réglées à 55 ans. Avant 40 ans la ménopause est dite précoce ; après 55 ans elle est dite tardive [27].

A- Tableau I : chronologie de la ménopause

1 Période d'activité génitale	2 Péri ménopause 2ans à 10ans ?		3 Ménopause confirmée
« Premenopausal Women »	Troubles cliniques « prémonitoire »	Période d'incertitude ← - - - → 1 an	ou Post- -ménopause

5- Importance de l'axe hypothalamo-hypophysaire dans la ménopause

A- L'hypophyse

A la ménopause, on constate une libération de l'axe hypothalamo-hypophysaire vis-à-vis de l'action exercée par l'œstradiol 17 β et l'inhibine. La FSH hypophysaire

en permanence freinée par le rétro contrôle négatif de l'œstradiol et l'inhibine durant le cycle, s'élève au début de la ménopause; par contre l'œstradiol et la LH sont à ce moment normaux.

L'inhibine est une hormone polypeptidique sécrétée par les cellules de la granulosa. L'élévation de la LH sera tardive et moins importante.

B- L'hypothalamus

La LHRH subit une augmentation importante lors de la ménopause. La production de LHRH hypothalamique est liée à la chute des œstrogènes qui exercent une action de freinage sur la synthèse de LHRH grâce à la Dopamine. L'inhibine exerce aussi une action de freinage sur la libération de la LHRH.

La sécrétion exagérée de LHRH se répercute au niveau des gonadotrophines hypophysaires donc sur la sécrétion de LH.

L'augmentation des gonadotrophines hypophysaires FSH et LH est liée à la fois à l'élévation de la LHRH androgène et à la chute de l'œstradiol et de l'inhibine.

6- Physiopathologie

Endocrinologie : La ménopause ou arrêt définitif des menstruations se caractérise sur le plan endocrinien par la disparition de l'activité cyclique de l'axe hypothalamo hypophyso ovarien avec faillite des sécrétions gonadiques et de la fertilité.

La femme s'individualise par la longueur de la phase de quiescence ovarienne surtout depuis que l'espérance de vie a augmenté. Chez l'homme par contre, la spermatogenèse et la sécrétion d'androgène persistent au-delà de 70 ans .Et ne diminue par la suite que très progressivement .La péri ménopause ; entre 40 et 50 ans est une période de transition ou la mécanique ovulatoire s'altère entraînant d'abord une ovulation avec insuffisance en progestérone puis une dysovulation avec sécrétion oestrogénique anarchique et carence complète en progestérone. La post-ménopause ; ou ménopause confirmée est marquée par la disparition des

phénomènes évolutifs de l'ovaire. La carence oestrogénique et progestéronique et l'absence de règle signant la mise au repos des ovaires. La ménopause est donc classiquement rapportée à l'épuisement progressif du stock folliculaire de l'ovaire. Un autre continue à participer à la production des stéroïdes sexuels par l'intermédiaire de la D-4 androsténone. Aussi la survenue d'une grossesse après 50 ans, la constatation d'une reviviscence ovarienne plusieurs années après l'arrêt définitif des règles ou la mise en évidence d'une forte imprégnation œstrogénique avec hyperplasie de l'endomètre favorisant la survenue d'une néoplasie, invitent-elles à une certaine prudence diagnostique et thérapeutique.[20, 27]

7-Fonction ovarienne

L'ovogenèse débute pendant la vie intra-utérine et se poursuit pendant la vie génitale active de la femme. Ainsi il se constitue un stock de 300.000 à 400.000 ovocytes I, dont environ 300 à 400 arrivent à maturité pour toute la période d'activité génitale.

Post-ménopause: l'absence de follicule cavitaire ou plein s'impose. On constate la persistance de quelques follicules primordiaux qui n'aboutiront pas à l'ovulation à cause des signes d'altération et de la sclérose corticale qui est un obstacle mécanique.

* A la péri ménopause: au niveau de l'ovaire le nombre de follicules primaires régresse. Cette théorie d'épuisement folliculaire est énoncée par ALBRIGHT en 1936 et vérifiée par BLOCK cela sous l'action d'une élévation de la FSH. [2] Les follicules involutifs atrophiques augmentent. Les follicules évolutifs sont imparfaits : granulosa absence totale ou partielle, diminution de la thèque interne, follicules plissés caractéristiques avec aspect hyperplasique de la granulosa sans métaplasie lutéale. Ces follicules assez défectueux peuvent arriver à maturation et être fécondés avec un risque accru de malformations chromosomiques.

* A la post ménopause : les fibroblastes du stroma ne s'organisent plus en thèque mais donnent naissance au stroma hyperplasique sous l'effet d'une

hyperstimulation hypophysaire, stroma intervenant dans la sécrétion d'androsténone en post ménopause. [14]

8- Troubles de la ménopause

a) Les troubles du cycle

- L'aménorrhée définitive est le plus souvent précédée par des irrégularités menstruelles : alternance de cycles courts et de cycles longs, véritable anarchie des cycles avec succession de périodes d'aménorrhée et de périodes de saignements menstruels. [15, 27]

- La courbe de température devient plate.

b) Bouffées de chaleur

Signes caractéristiques de la ménopause

Ce sont des sensations soudaines de chaleur au niveau de la face, s'étendant à la nuque et au thorax accompagnées d'un rougissement par plaques des surfaces cutanées et se terminant par une sudation et parfois des frissons qui durent de 30 secondes à 2 minutes s'accompagnant d'une élévation du pouls sans élévation de la tension artérielle. C'est un trouble vasomoteur très gênant qui est un motif de consultation ressenti par 85 % des femmes en âge de ménopause. [27]

Physiopathologie des bouffées de chaleur :

On peut admettre qu'elles sont dues à un déficit d'œstrogènes et une élévation des gonadotrophines (FSH, LH) hypophysaires car l'œstrogénothérapie entraîne une disparition de ces bouffées.

La bouffée de chaleur est la conséquence d'une mise en jeu des centres hypothalamiques de la thermorégulation entraînant une vasodilatation cutanée. Les bouffées de chaleur surviennent chez les hommes traités par œstrogène en forte dose pour cancer de la prostate et chez lesquels le traitement est brutalement

interrompu. On peut évoquer l'intervention des substances vasoactives comme les catécholamines au niveau des centres hypothalamiques.

c) Troubles psychiques

* Trouble du caractère : irritabilité, instabilité, hyperactivité ou apathie, dépression tristesse.

* Trouble de la sexualité : diminution de la libido, troubles névrotiques avec aversion pour le partenaire et une véritable dyspareunie. [27] A l'inverse souvent il y a un accroissement du désir sexuel avec recherche de partenaire ou de pratiques sexuelles nouvelles.

* Trouble psychosomatique : asthénie, céphalées, vertiges, palpitations, perte de mémoire et d'attention, insomnie.

* **Troubles psychiatriques** : rares et se résument souvent en psychoses (manie, mélancolie, syndromes délirants aigu ou chroniques).

***Syndrome climatérique inconstant** : défini par la présence de symptômes au cours du climatère qui marque la transition entre la phase féconde de la vie et celle de la cessation de la faculté de reproduction. [27]

On parle de ménopause muette à son absence.

d) Troubles cutanés :

- peau : sécheresse cutanée due à une déshydratation de la couche cornée ; favorisée par l'environnement (sécheresse de l'air dans les habitations) surtout en zone rurale, responsable de Keratodermie plantaire de la ménopause.
- Acné rosacée avec érythrose faciale paroxystique surtout post prandiale (visage) qui cède au traitement par les cyclines ou le metronidazole.
- Hypomélanose idiopathique : dyschromie cutanée faite de plages blanches.
- Eczémas des jambes : dus à l'insuffisance valvulaire veineuse et à l'excès pondéral.

- Phanères : léger hirsutisme cuir chevelu plus sec, diminution modérée du nombre de cheveux. [27]

e) Troubles cardiovasculaires :

Les accidents cardiovasculaires sont la conséquence des effets de la carence œstrogénique sur la tension artérielle, la paroi vasculaire, la coagulation et le métabolisme lipidique. La ménopause paraît avoir des effets favorisant l'apparition d'athérosclérose et de maladies coronariennes. La prévalence de l'hypertension artérielle augmente plus avec l'âge chez la femme que chez l'homme. [9, 13]

f) Ostéoporose post- ménopausique :

Dans ce cas aussi, le rôle de la carence œstrogénique dans l'accélération de la perte osseuse est important, car dans l'hypothèse d'ALBRIGHT, les œstrogènes favorisent la stimulation de la formation de l'os par leur action anabolisante de façon indirecte. [9]

Défini comme « la diminution de la masse d'un os normalement minéralisé telle qu'elle expose à un risque anormal de fracture ». Risque de survenue de fractures spontanées ou après traumatisme minime entraînant une impotence fonctionnelle importante. Peut s'observer lors de : dorsolombalgies chroniques cédant au décubitus, à l'occasion d'une hyperlordose lombaire, cyphose dorsale, à la suite d'une fracture du col du fémur, d'une fracture du poignet ou d'un tassement vertébral.[5, 9, 11]

9- Modifications des organes génitaux :

- **Vulve** : on constate une atrophie, un rétrécissement et une décoloration siégeant au niveau de la vulve, amincissement des grandes et des petites lèvres et une dépigmentation [27]. Les poils du pubis se clairsement. On peut observer des lésions muqueuses comme le Lichen Scléroatrophique (Kraurosis vulvae). Ce Lichen entraîne prurit, brûlures et dyspareunie.
- **Vagin** : subit aussi une involution, la muqueuse devient sèche, se décolore et saigne au moindre traumatisme; d'où on peut observer le plus souvent des

vaginites mycosiques par augmentation du PH vaginal qui perd son acidité et devient basique et par modification de la flore bactérienne. Effacement des culs de sac vaginaux.

- **Col** devient conique, pâle avec tendance de sténose de son orifice externe entraînant une sclérose tissulaire.
- **Corps utérin** : il s'atrophie avec involution des fibromes. On observe une atrophie endométriale profonde.
- **Ovaire** : s'atrophie et n'est plus perceptible en post ménopause.
- **Sein** : atrophie de la glande mammaire, résorption du tissu graisseux sous-cutané, atrophie parenchymateuse avec disparition des lobules et condensation fibreuse du stroma. Les mamelons deviennent petits et perdent leur pouvoir érectile.

10- Remarques :

Androgènes : diminuent progressivement avec l'âge et la disparition progressive de l'action antagoniste de la progestérone et l'oestradiol antiandrogènes physiologiques entraînant des signes de virilisation modérée.

Prolactine : diminue à un taux voisin de celui de la petite fille ou du sujet masculin (5 à 10 Ug/l) dû à la disparition de l'action des oestrogènes sur les cellules lactotropes.

Métabolisme phosphocalcique : diminution de la calcitonine et augmentation de l'action de la parathormone sur la décalcification osseuse (conséquence de la carence œstrogénique).

- **oestrogènes** : stimulent la synthèse de la TBG (Thyroid binding globulin) : protéine porteuse hormones thyroïdiennes circulantes. Donc la diminution des oestrogènes entraîne une diminution de la TBG donc des hormones totales d'où prédominance dans le sexe féminin de la pathologie thyroïdienne (maladie de Basedow ou insuffisance thyroïdienne).
- **Influence de certains facteurs sur l'âge de la ménopause.**

- **Hérédité** : elle surviendrait souvent aux mêmes âges dans une même famille. [9]
- **Race – climat** : les races méditerranéennes et africaines sont ménopausées plus tôt que les races nordiques.
- **Mode et condition de vie** : les femmes qui travaillent sont ménopausées plus tôt que celles qui restent au foyer.
- **Les conditions nutritionnelles** : les femmes sont ménopausées plus tôt dans les régions les plus démunies.
- **La parité** : il semble que les nullipares sont ménopausées plus et que l'âge s'élève de façon significative avec la parité.
- **Statut conjugal** : le statut marital retarde l'âge.
- **Obésité** : mentionnée comme étant un facteur de précocité.
- **Tabac** : la ménopause survient plus tôt chez les femmes qui fument (phénomène dû à l'action de la nicotine sur les centres hypothalamiques ou sur le foie par induction enzymatique ou à l'action du benzopyrène qui entraîne une rareté folliculaire ovarienne précoce). [9]

Données biologiques

- **Péri ménopause** : se caractérise par une diminution progressive des hormones stéroïdiennes ovariennes touchant d'abord la progestérone puis l'oestradiol 17β . Des dosages radio immunologiques de ces hormones permettent de constater cette diminution.
- **Post – ménopause** : la carence en progestérone est permanente.

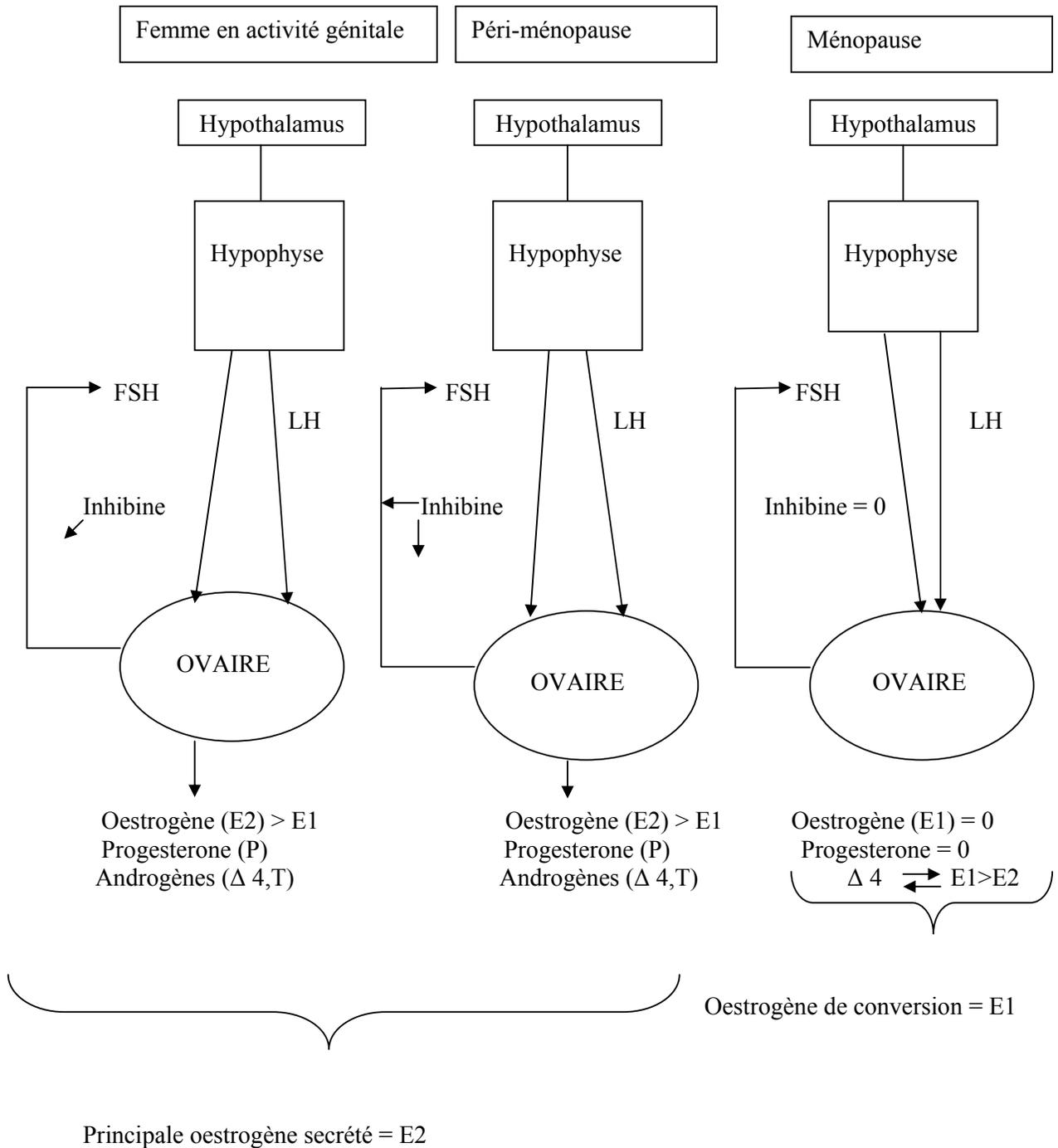
L'oestradiolémie continue à diminuer (Δ -4 androsténone se transforme en oestrone au niveau du tissu graisseux) ; la peau et le foie et est d'origine surrénalienne et ovarienne. Les dosages dans les veines ovariennes entraînent une sécrétion de Δ -4 androsténone [18, 19].

B) Tableau II : Principales anomalies pouvant s'observer à la ménopause : [9, 29]

		Pré ménopause	Post-ménopause
Modification des fonctions	Fonction Ovarienne	-Dys-ovulation - Carence en Progestérone (Etat d'hyperoestrogenie)	-Anovulation - Carence en œstrogène (±) et en progestérone
	Stimulines Hypophysaires	Hyper-sécrétion intermittente (FSH)	Hypersécrétion Permanente
Conséquences des modifications	Menstruations	Irrégulières	Aménorrhée
	Autres Conséquences	- Syndrome prémenstruel - Pathologie mammaire Bénigne Evolution d'un fibrome -Hyperplasie de l'endomètre	- Bouffée de chaleur - Atrophie génitale - Troubles psychique Ostéoporose (fracture osseuse) -Anomalies métaboliques (pathologie vasculaire) - Cancer endométrial

C- Fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien de la période activité génitale à la ménopause.[30]

Figure 2



11- Traitement de la ménopause : le traitement comporte deux phases

- **Phase de la pré ménopause :** la progestérone constitue le traitement de choix, car cette phase est caractérisée par une insuffisance en progestérone.
- **Phase de la ménopause confirmée :** les oestrogènes constituent la base du traitement. [10, 27]

Oestradiol : hormone stéroïde présente dans l'ovaire et l'urine des femelles gravides. On prépare également l'oestradiol par synthèse partielle à partir de la folliculine (oestrone) ou à partir du cholestérol. Oestradiol est un oestrogène. Les oestrogènes sont essentiellement secrétées par l'ovaire, qui reçoit des actions stimulantes de l'hypophyse et plus précisément, par les cellules de la thèque interne du follicule en voie de maturation, ils sont également secrétées, bien qu'en plus faible quantité par les surrénales, au cours de la grossesse par le placenta et chez l'homme, par les testicules.

Action physiologique des stéroïdes :

1- Activités physiologiques des oestrogènes :

Les oestrogènes exercent une action essentielle sur les voies génitales :

-ils sont indispensables à la maturation des organes génitaux internes ; assurant le développement de l'utérus ; les trompes ; de l'épithélium vaginal et des petites lèvres.

Ils permettent pendant le cycle menstruel la prolifération de la muqueuse utérine.

Ils ont une action de kératinisation sur la muqueuse vaginale.

-Ils développent la glande mammaire.

Les oestrogènes ont d'autres parts une action métabolique générale favorisant l'anabolisme protidique, la rétention de l'eau et du sodium.

Emploie thérapeutique des oestrogènes :

Les oestrogènes sont utilisés dans le cancer de la prostate, dans le cancer du sein survenant après la ménopause. Associé aux androgènes, ils sont utilisés dans le traitement de l'ostéoporose sénile de la femme. Ils sont aussi indiqués dans les dysménorrhées et les menaces d'avortement.

2- Activités physiologiques des progestérones :

La progestérone hormone naturelle secrétée par le corps jaune de l'ovaire et ses dérivés et toute une série de corps groupés sous le nom de norstéroïdes. Son rôle essentiel est de rendre apte à la nidation de l'œuf la muqueuse de l'utérus, puis de protéger la grossesse. En absence de fécondation sa présence est le garant de cycles menstruels normaux et de règles normales. Son insuffisance (insuffisance lutéale) est fréquemment rencontrée en clinique.

Indications gynécologiques : la progestérone est indiquée dans ;

- les irrégularités menstruelles par dysovulation ou anovulation
- Troubles liés à une insuffisance en progestérone (syndrome prémenstruel)
- Stérilités par insuffisance lutéale.
- Pré ménopause

Ménopause (en complément d'un traitement œstrogénique)

Mastopathies bénignes.

Indications obstétricales :

- menaces d'avortement ou prévention d'avortement à répétition par insuffisance lutéale prouvée.

IV- METHODOLOGIE

4-1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41 km² avec une population de 279.240 habitants (c'est une Commune Urbaine).

Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée au Nord-Ouest par le fleuve Niger. A l'Est par la Commune VI et au Sud-Ouest par le quartier Kalaban-Koro (Cercle de Kati).

La commune V est constituée de 7 quartiers :

- 1 Badalabougou
- 2 Quartier Mali
- 3 Torokorobougou
- 4 Sabalibougou
- 5 Baco-Djicoroni
- 6 Kalaban-Coura
- 7 Daoudabougou

En 1982 fût créé le Centre de Santé de la Commune V. (Service Socio Sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de développement Socio-Sanitaire de la Commune (PDSC) la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour quatorze aires de santé (14 CSCOM).

Sur les quatorze aires de santé 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, en 1993, le centre de santé de la commune V fut désigné comme 1^{er} centre de santé de référence du District de Bamako. C'est à partir de ce succès que le système de référence a été

instauré dans les autres communes. De part ses performances en terme de résultats et grâce à la compétence de son personnel, le centre fut nommé centre pilote du District.

Actuellement le CSREF-CV compte plusieurs unités à savoir :

- Unité bloc opératoire
- Unité gynécologie obstétrique
- Unité Odonto stomatologie
- Unité ophtalmologie
- Unité dermatologie
- Unité imagerie
- Unité pédiatrie
- Unité Programme Elargie de Vaccination. (P.E.V.)
- Unité néonatalogie
- Unité recherche et formation
- Unité laboratoire d'analyse
- Unité soins infirmiers
- La morgue
- L'administration
- Unité Santé Publique
- Unité Médecine
- Unité USAC
- Unité Oto Rhino Laryngologie (ORL)
- Service d'hygiène

4-2 Situation du personnel du centre de santé de référence de la commune v par catégorie professionnelle

Le centre de santé de référence compte plus de 166 travailleurs et dirigé par le Médecin-chef (professeur agrégé de gynécologie-Obstétrique) et l'Adjoint (des Médecins – Techniciens Supérieurs de Santé – Infirmiers d'Etat – Infirmiers 1^{er}

Cycle – Sages-femmes – Aides-soignantes – Chauffeurs – Manœuvres – Gardiens – Financiers – Comptables – Administrateurs – Lingères).

Les travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, des agents de la municipalité ou des agents de l'INPS.

En 1999, le Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la Promotion Féminine, de la Famille et de l'Enfant.

Les organes de gestion du centre de santé de référence sont :

- le comité de Gestion
- le Conseil de Gestion

4-3 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale.

4-4 Période d'étude: l'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006, soit une période de 2ans.

4-5 Collecte des données :

La collecte des données a été faite avec les supports suivants :

- Carnets de consultation des malades,
- Les dossiers des malades,
- Le registre de consultations,

Ces données ont été enregistrées sur une fiche d'enquête individuelle.

4-6 Population d'étude :

Elle était constituée de toutes les femmes qui sont venues consulter au Centre de Santé de Référence de la Commune V pour symptômes liés à la ménopause.

4-7. Echantillonnage :

Il s'agit d'une étude portant sur toutes les femmes consultant pour un symptôme lié à la ménopause.

- **Taille de l'échantillon :** l'étude a concerné 138 patientes.

- **Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes qui ont consulté pour les symptômes liés à la ménopause et âgées d'au moins 40ans.

Critères de non inclusion :

Ont été exclues de l'étude :

Les patientes présentant :

- une aménorrhée pathologique ;
- une aménorrhée physiologique (la grossesse).

4-8. Les variables étudiées ont été :

-L'âge de la survenue de la ménopause,

-L'âge des patientes

-La gestité

-La parité

-L'ethnie

-La provenance

-L'âge au mariage

-Le niveau d'instruction

-La profession de la patiente

-Le statut matrimonial

-Les plaintes rapportées

-Les pathologies associées

-L'état générale

-Les taux des hormones

-Le traitement

4-9. Analyse des données :

Les données étaient colligées sur une fiche d'enquête; la saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi Info (6.04 dfr 2001).

4-10. Difficultés de l'enquête :

- Les examens complémentaires donnés n'étaient pas souvent faits.
- Il n'y avait pas une bonne observance du traitement
- Les dossiers étaient souvent pauvres en informations

4-11. Définitions opératoires :

La ménopause elle-même étant la cessation des menstruations d'un an ou au plus, et sans grossesse du fait de l'épuisement progressif des follicules ovariens, il s'agit d'une longue période de transformation physiologique où la disparition du phénomène menstruel n'est qu'épisodique.

-pré ménopause correspond à la période de troubles précédant l'arrêt des menstruations.

-La gestité : nombre de grossesses.

-Parité : nombre d'accouchement.

-Nulligeste : une femme qui n'a jamais été enceinte.

-Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché.

-Primigeste : première grossesse.

-Primipare : Premier accouchement.

-Multigeste : cinq à sept grossesses.

-Multipare : cinq à sept accouchements.

-Grande multigeste /grande multipare : plus de sept grossesses et accouchements.

-Ménopause physiologique : ménopause non pathologique.

-Symptôme de la ménopause : sont des signes cliniques de la ménopause (exemple : arrêt des menstrues, bouffées de chaleur)

- Période de la ménopause** : c'est la période correspondant à celle de l'apparition des symptômes de la pré ménopause et celle de la ménopause confirmée.
- Symptômes de la pré-ménopause** : troubles du cycle, bouffées de chaleur.
- Aménorrhée** : c'est l'absence du flux menstruel pendant au moins trois(3) mois chez une femme en période d'activité génitale.
- Aménorrhée pathologique** : c'est une aménorrhée due à une pathologie quelconque.
- Aménorrhée iatrogène** : c'est une aménorrhée provoquée par un traitement (médical, chirurgical ou radiologique).
- Age du début des troubles de la ménopause** : c'est l'âge à laquelle sont apparus les premiers symptômes de la ménopause.
- Age de la ménopause** : c'est l'âge à laquelle s'est installée la ménopause confirmée.
- Age des patientes** : c'est l'âge selon l'état civil des patientes.

V- RESULTATS

1-Epidémiologie

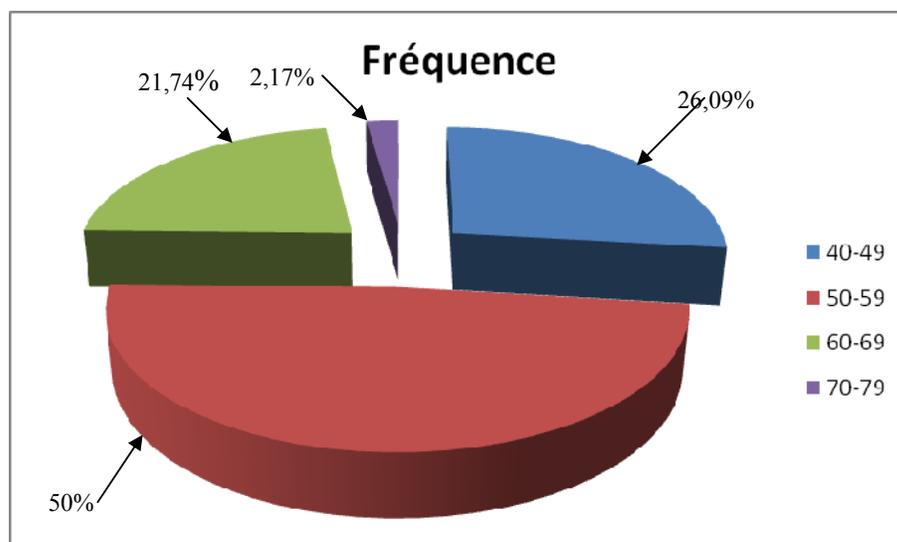
1-1 Fréquences

Tableau III : Répartition des consultations pour les troubles de la ménopause par rapport à l'ensemble des consultations gynécologiques.

Consultation	Effectif	Pourcentage
Consultation pour troubles de la ménopause	138	7,54
Autres consultations gynécologiques	1692	92,46
Total	1830	100

1.2. Caractéristiques socio démographiques

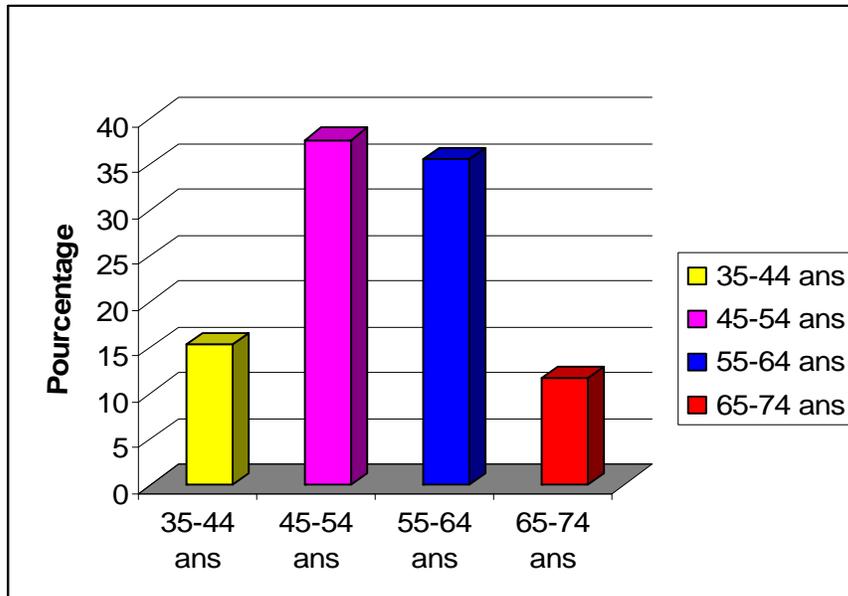
Figure 3: Répartition des patientes en fonction de l'âge de consultation de ménopause.



NB : les âges extrêmes étaient de 40 ans et 71 ans.

L'âge moyen était de 54,5 ans \pm 7,1

Figure 4: Répartition des patientes en fonction de l'âge de la survenue de la ménopause.



NB : les âges extrêmes étaient 38 ans et 67 ans

L'âge moyen était de 52 ans \pm 6,64

Figure 5: Répartition des patientes en fonction de l'âge de la survenue de la ménopause.

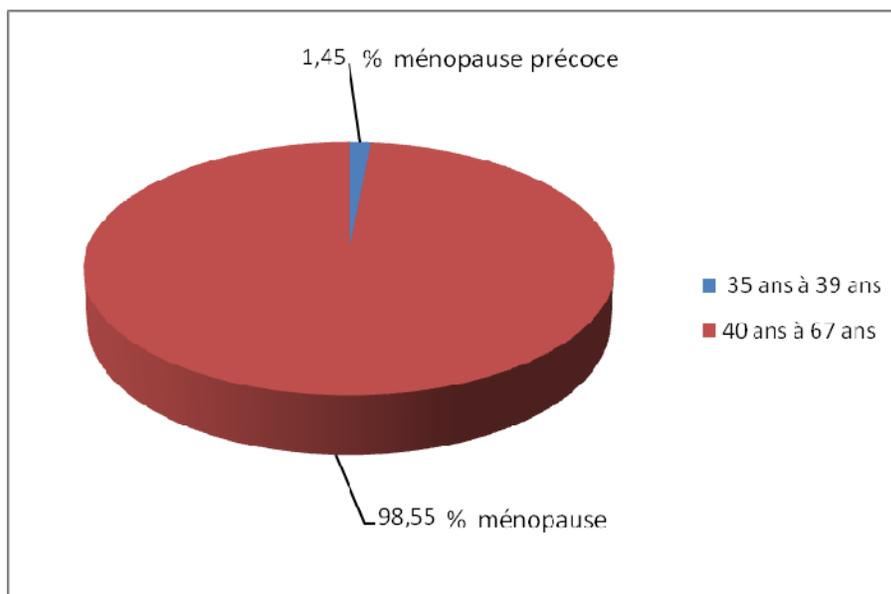


Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune V	105	76,08
Hors de la commune V	33	23,92
Total	138	100

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	87	63,04
secrétaires	6	4,35
enseignantes	3	2,17
comptables	1	0,73
Autres	41	29,71
Total	138	100

Autres : vendeuses, coiffeuses.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'âge au mariage

Age au mariage	Effectif	Pourcentage
18 ans à 30 ans	90	65,22
14 ans à 17 ans	48	34,78
Total	138	100

NB : Les âges extrêmes étaient 14 ans et 30 ans.

L'âge moyen était de 24 ans \pm 3

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	41	29,71
Malinké	24	17,39
Sarakolé	19	13,77
Senoufo	12	8,70
Peulh	10	7,24
Sonrhäi	7	5,07
Bobo	6	4,35
Autres	19	13,77
Total	138	100

Autres : Bozo, Dogon, Dafin, Mossi, Maure, Bela.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	0	0
Primigeste	2	1,45
Multigeste	90	65,22
Grande multigeste	46	33,33
Total	138	100

Tableau IX : Répartition des Patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	0	0
Primipare	5	3,62
Multipare	95	68,84
Grande multipare	38	27,54
Total	138	100

Tableau X : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruite	70	50,72
Primaire	51	36,96
Secondaire	12	8,70
Supérieur	5	3,62
Total	138	100

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de l'âge et la parité.

parité Age/an	Nullipare		Primipare		Multipare		Grande multipare	
	N	%	N	%	N	%	N	%
35 - 44	0	0	4	80	11	11,58	6	15,79
45 - 54	0	0	1	20	40	42,10	11	28,95
55 - 64	0	0	0	0	34	35,79	15	39,47
65 - 74	0	0	0	0	10	10,53	6	15,79
Total	0	0	5	100	95	100	38	100

2. Etude clinique :

Tableau XII : Répartition des patientes selon les plaintes rapportées.

Motif	Effectif	Pourcentage
Irrégularité du cycle menstruel	40	28,99
Aménorrhée	30	21,74
Métrorragies	18	13,04
Bouffée de chaleur	20	14,49
Insomnie, nervosité, irritabilité	7	5,07
Fourmillement des membres	4	2,90
Palpitation	13	9,42
Douleur osseuse	4	2,90
Désir d'enfant	2	1,45
Total	138	100

Tableau XIII : Répartition en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon état général	133	96,38
Mauvais état général	5	3,62
Total	138	100

NB : mauvais état général : altération de l'état.

Tableau XIV : Répartition en fonction de la trophicité mammaire.

Trophicité mammaire	Effectif	Pourcentage
Atrophie mammaire	47	34,06
Bonne trophicité mammaire	91	65,94
Total	138	100

Tableau XV : Répartition en fonction de la Trophicité vulvaire

Trophicité vulvaire	Effectif	Pourcentage
Atrophie vulvaire	22	15,94
Bonne trophicité vulvaire	116	84,06
Total	138	100

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction de l'obésité

Etat de l'obésité	Effectif	Pourcentage
Obèse	11	7,97
Non obèse	127	92,03
Total	138	100

Tableau XVII: Répartition en fonction des pathologies retrouvées à l'examen clinique.

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Fibrome utérin	23	16,67
Hypertension artérielle	10	7,24
Prolapsus génital	17	12,32
Hyperplasie endométriale	6	4,35
Diabète	5	3,62
Mastodynie	4	2,90
Kyste de l'ovaire	4	2,90
Néoplasie du col	2	1,45
Absence de pathologie	67	48,55
Total	138	100

Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction du taux de FSH

Taux de FSH	Effectif	Pourcentage
FSH supérieur à la normale	70	50,72
Résultat non disponible	68	49,28
Total	138	100

Tableau XIX: Répartition des patientes en fonction du taux de la prolactine

Taux de la prolactine	Effectif	Pourcentage
Prolactinémie inférieure à la normale	37	26,82
Prolactinémie normale	3	2,17
Résultat non disponible	98	71,01
Total	138	100

Tableau XX: Répartition des patientes en fonction des résultats de l'échographie

Résultats	Effectif	Pourcentage
Fibrome utérin	23	16,67
Kyste ovarien	4	2,90
Normale	111	80,43
Total	138	100

3. Prise en charge :**Tableau XXI:** Répartition des patientes en fonction du traitement hormonal

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Ethinyl œstradiol + progestérone	38	28,15
Ethinyl œstradiol + nomégestrol	18	13,33
Norethistérone/Primolut-nor®	12	8,89
Progestérone	54	40,00
Nomégestrol	13	9,63
Total	135	100

Tableau XXII: Répartition des patientes en fonction de l'indication de l'hormonothérapie.

Indication	Effectif	Pourcentage
Prévention des complications de la ménopause par THS	56	41,48
Traitement des troubles de la ménopause	79	58,52
Total	135	100

NB : Il n'y avait pas d'indication d'une hormonothérapie chez les 3 patientes restantes.

Tableau XXIII: Répartition des patientes en fonction du traitement chirurgical.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Myomectomie	13	52,00
Hystérectomie	2	8,00
Cure de prolapsus génital	6	24,00
Kystectomie	4	16,00
Total	25	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de modalité thérapeutique

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Traitement hormonal	113	81,89
Traitement chirurgical	3	2,17
Traitement hormonal + chirurgical	22	15,94
Total	138	100

Tableau XXV : Répartition des patientes suivant l'évolution du traitement.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	138	100
Défavorable	0	0
Total	138	100

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les limites de l'étude :

Certaines explorations complémentaires et approfondies n'ont pas été possibles à cause du coût élevé. Il s'agissait du dosage des œstrogènes et des progestérones. L'observance du traitement était parfois défailante.

Les aspects méthodologiques :

Nous avons été confrontés aux difficultés d'avoir des dossiers gynécologiques complets. Cependant avec l'aide des différents documents administratifs et médicaux, plusieurs difficultés ont pu être surmontées. Ceci nous interpelle par rapport à la tenue correcte des dossiers pour que les études ultérieures se passent dans les conditions meilleures.

La fréquence :

Au terme de notre étude qui s'est étendue du 01 janvier 2005 au 31 décembre 2006, nous avons pu colliger 138 cas de ménopause soit une fréquence de 7.54 % de l'effectif total des consultations au service gynéco – obstétrique du CS Réf CV. David B. [9] avait trouvé en 1993 à Geneve 25% des femmes ménopausées et 48% en 2003.

Age de la survenue de la ménopause :

L'âge moyen de survenue de la ménopause était de 52 ans plus ou moins 6.64 avec des extrêmes d'âges 38 à 67 ans.

Delecour M. et coll [10] et Rozenbaum [24] ont trouvé respectivement des résultats suivants : en Angleterre 50,8 ans, en Ecosse 50,1 ans.

Aux USA, l'âge moyen de survenue de la ménopause est de 49,3 ans chez les blanches et 50 ans chez les noires. [10, 24]

Age de la consultation de la ménopause :

La majorité des patientes sont venues se faire consulter entre 50 ans et 59 ans avec une fréquence de 50%.

-La Provenance :

La majorité des patientes venait de la commune V avec une fréquence de 76,08% contre 23,92% hors de la commune V. Cela pourrait s'expliquer par la proximité du CSRef CV.

-Profession et Niveau d'instruction :

63,04% des patientes étaient des ménagères; les secrétaires, les enseignantes et les comptables représentaient respectivement 4,35% ; 2,17% et 0,73%.

Les analphabètes représentaient la majorité des patientes avec une fréquence de 50,72%. Les niveaux primaire, secondaire et supérieur représentaient respectivement 36,96% ; 8,70% et 3,62%.

-Age au mariage :

65,22% des patientes étaient mariées entre l'âge de 18 ans et 30 ans contre 34,78% de patientes qui se sont mariées entre 14 ans et 17 ans.

-Ethnie :

L'ethnie Bambara était majoritaire avec 29,71%.

Gestité / Parité :

La majorité des patientes était des multigestes 65,22% et des multipares 68,84% suivi des grandes multigestes 33,33% et des grandes multipares 27,54%.

-Age de la survenue de la ménopause et parité :

Les primipares sont ménopausées entre 40 ans et 55 ans.

Les multipares et les grandes multipares sont ménopausées entre 40 ans et 67 ans.

L'hypothèse d'Albright F. : certain facteur semble influencer l'âge de la ménopause. Plus le nombre d'accouchement augmente plus la ménopause survient tardivement. La ménopause est liée à l'épuisement des follicules ovariens. La grande multiparité peut retarder cet épuisement folliculaire. Au cours de la grossesse, le phénomène d'élimination folliculaire de l'ovaire ne se fait pas, de même que chez certaines femmes au cours de l'allaitement, ce qui va entraîner une réserve de stock folliculaire.

Etat général :

Dans notre étude 96,38% des patientes avaient un bon état général. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la ménopause est un processus physiologique. Les patientes en mauvais état général représentaient 3,62% des cas. Cet état était lié au saignement de néoplasie du col et des métrorragies du fibrome.

Motif principal de consultation ou plainte rapportée par les patientes :

Les irrégularités du cycle menstruel ont été le motif de consultation le plus fréquent avec 28,99 % cela pourrait s'expliquer par la rareté des follicules ovariens pendant cette période.

L'ensemble des troubles du cycle (irrégularités menstruelles, aménorrhées métrorragies) ont représenté 63,77 % des cas. En effet, la période de la ménopause est caractérisée par des perturbations du cycle menstruel.

1,45% de désir d'enfant était à la recherche de fille.

Trophicité mammaire et vulvaire :

Les 34,06% d'atrophie mammaire et 15,94% d'atrophie vulvaire pourraient s'expliquer par une carence œstrogénique.

Les œstrogènes interviennent dans le développement de la glande mammaire et de la vulve. [14, 20].

Obésité

7,97% des patientes étaient obèses.

Pathologies retrouvées à l'examen clinique

Le fibrome utérin était la pathologie la plus fréquente avec 16,67%. Le fibrome utérin devrait régresser pendant la ménopause car c'est une tumeur hormonodépendante (surtout oestrogénodépendante). Kassambara A. [19] a trouvé 14,40% de cas de fibrome. Le prolapsus génital est la deuxième pathologie retrouvée avec une fréquence de 12,32%. Contrairement au fibrome, le prolapsus génital est l'apanage de la ménopause à cause des troubles trophiques liés à la

carence hormonale (carence ostrogénique). Kassambara A. a trouvé 20% des cas de prolapsus.

- La néoplasie du col était de 1,45% contre 3,6% pour Kassambara A.
- L'hypertension artérielle, le diabète, la mastodynies représentaient respectivement 7,24%, 3,62% et 2,90%. La majorité des patientes ne présentait aucune pathologie.

Le taux de FSH

50,72% des patientes avaient un taux de FSH supérieur à la normale. Cela pourrait s'expliquer par la survenue de la ménopause. 49,28% des patientes n'avaient pas fait l'examen demandé.

La prolactinémie

26,82% des patientes avaient une prolactinémie inférieure à la normale.

71,01% des cas le résultat n'était pas disponible. Cela pourrait être dû au coût élevé de cet examen.

L'échographie

16,67% des patientes avaient un fibrome utérin, 2,90% des patientes avaient un kyste ovarien. Par ailleurs, 80,43% des patientes avaient une échographie normale.

La prise en charge :

- Traitement hormonal

Dans la majorité des cas, nous avons utilisé la progestérone avec une fréquence de 40%. Seules 41,48% des patientes étaient sous traitement hormonal substitutif.

Pour la monothérapie, nous avons utilisé la progestérone ou le nomegestrol pendant dix jours du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle sur 3 à 6 cycles consécutifs.

Pour le traitement hormonal substitutif nous avons utilisé l'Éthinyl oestradiol

pendant 21 jours et associé la progestérone ou le nomegestrol pendant les dix derniers jours.

- **Indication de l'hormonothérapie**

41,48% des patientes ont eu un traitement de prévention de complication de la ménopause et 58,52% des patientes pour le traitement des troubles de la ménopause. Tisserant Pernier M. [25] avait trouvé en France 12% de cas seulement sous traitement hormonal substitutif contre 18% en Allemagne et 76% aux USA. Le bénéfice de THS est double. Il s'agit de l'amélioration des troubles (bouffées de chaleur, sueurs, troubles vaginaux et urinaires ...) et la prévention de l'ostéoporose et des fractures (diminution de la perte osseuse, réduction du risque de fracture du col de fémur et de la colonne vertébrale).

Les bénéfices attendus concernant les troubles cognitifs (trouble de la mémoire, concentration ...) ont finalement été remis en questions. Comme tout médicament, le THS a des effets indésirables. Deux (02) études anglo-saxonnes ont ainsi mis en lumière une augmentation du risque de cancer du sein et des maladies cardiovasculaires. [9]

A la lumière de ces récents résultats, les indications des THS ont été réévaluées et les prescriptions sont désormais très personnalisées.

- **Le traitement médical des pathologies associées:** pour les patientes hypertendues l'avis des spécialistes a été demandé. Ainsi 7 patientes ont été mises sous captopril (Ecazide®) et les 3 étaient sous méthyl dopa (Aldomet®). 5 patientes diabétiques ont été reçues avec leur traitement (Metformine) venant d'un centre de diabétologie.

- **Traitement chirurgical :**

52% des patientes ont subi une myomectomie.

Ainsi dans la globalité thérapeutique nous avons trouvé 81,89 % des patientes qui étaient sous traitement hormonal, seuls 2,17% ont subi un traitement chirurgical et 15,94% ont subi un traitement hormonal et chirurgical.

L'évolution était favorable chez toutes les patientes.

VI- CONCLUSION

La ménopause constitue un problème de santé publique du fait de son polymorphisme clinique dont aucune femme n'est épargnée.

Le phénomène de vieillissement physiologique de l'ovaire n'a pas encore livré tous ses secrets. Ce que nous pouvons faire, c'est d'amoindrir ses conséquences cliniques par un traitement hormonal adapté. En effet, les bénéfices du traitement œstrogénique de la ménopause sont actuellement largement admis à la fois pour rétablir le confort physique et psychologique et de prévenir le risque cardiovasculaire et celui de l'ostéoporose.

La ménopause malgré ses conséquences sur l'état physique, psychologique, et social, ne doit donc plus être pour la femme un sujet d'effroi ou de désespoir.

VII- RECOMMANDATIONS

Aux médecins

Référer les cas de ménopause aux spécialistes pour une meilleure prise en charge ;

Bien expliquer la ménopause aux femmes.

Assurer une prise en charge psychologique des femmes ménopausées.

Aux autorités sanitaires

Réduire le coût des examens pour les femmes ménopausées,

Sensibiliser la population sur le problème de la ménopause par l'information, l'éducation et la communication.

Education sanitaire de la population en vue d'une bonne observance du traitement.

Aux populations

Consulter un médecin en cas de signes de ménopause.

VIII- REFERENCES

1-Adjiman M.

Contribution à l'étude des ménopauses précoces. Thèse paris 2000 ; 66p dact.

2- Albright F.

La théorie d'épuisement folliculaire est énoncée par Albright F. et vérifiée en 1980 par BLOCK cela sous l'action d'une élévation de FSH.

Rev Fr Gyn. Obst., Vol 1, 55-62

3- Amundsend W., Diersc J.

The age at menopause of urban women.

Science 1980; 356-357.

4-Bayaard F.

Oestrogènes et cancer

Rev. Prat 26, 1986 ; 2449-2455.

5-Blanquet P., Collignong C.

L'ostéoporose post ménopausique. Monographie du Mur d'images des entretiens de Bichat 1986, PP 109-114.

6-Brand P.G., Pha G.

New way of looking at environmental variables that may affect the age at menopause

Maturitas 1, 1988, 121-132.

7-Bush TL.

Epidemiologie des maladies cardiovasculaires chez les femmes menopausées.

Ann NY Acad sci 1990, 5922 : 263-271

8-Bruix J DC.

Lésions précancéreuses de l'endomètre et leur traitement progestatif.

Rev. Fr. Gyn.Obst 70, 1985, 89-99.

9-David B.

Mise au point sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé 2003.

[http //www.doctissimo.fr/html/dossiers/ménopause /article 8456.](http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/ménopause/article_8456)

10- Delecour M., Lemaire B., Warembourg H.

La ménopause et son traitement.

Sem Hopital. Paris 1990,56, (39-40), 1593-1594.

11-Dequeker J., Burssensa D., Creytensg A., et Bouillon R.

Le vieillissement de l'os : relation avec l'ostéoporose et l'arthrose chez la femme à la post ménopause.

Front-Rech.Hormonale 1 vol 1985 PP 120 135.

12-Faddy MJ., Gosden RG., Gougeon A., Richard Son SJ., Nelson JF.

Disparition accélérée des follicules ovariens à la mi-vie : les implications pour la prévision de la ménopause.

Hum. Reprod, 7, 1992, 1342-1346.

13-Fournier C., Corre-H. I.

Rôle de la ménopause comme facteur favorisant de l'insuffisance coronaire.
Médecine et hygiène 1996, N°1219, 1917-29.

14-Gallagher JC., Riggsb-Ldelucah F.

Effets de l'administration d'oestrogènes et de progestatifs sur le métabolisme du calcium à la post ménopause.

Front Rech. Hormonale, 1985 vol 3, PP 156-183.

15- Gillet J.Y., Fenichel P., Gabaude B., Sol J.F.

Ménopause.

Encyclopédie médicochirurgicale (Paris-France) Gynécologie 38 A 10-6, 1985.

16-Gautier P.

Aspects radiologiques de l'utérus après la ménopause.

Rev Fr Gyn.obstet 63-1988, 377-83.

17-Henrion R.

La fertilité de la femme après 40 ans.

Contracept Fertil sexual 7,1989,819-822.

18- Kante A.

Etude socio-épidémiologique de la ménopause.

Thèse Médecine (Mali) 1990 ;86-M-19

19- Kassambara A.

Les métrorragies post-ménopausiques.

Thèse Médecine Bamako 85-M-38

20-Nelter A.

La physiologie hormonale de la ménopause.

Revista clinica de Instituto Maternal 15, 1984, 23-37.

21-Oliver M.F.

The Menopause and coronary Heart disease in the management of the menopause years.

Science 1985; 1 vol, PP 175-184.

22- Pelisse M.

Prurit vulvaire du 3^{ème} âge.

Gas, Med de France 88, 1981,327-337.

23- Rozenbaumh R.

La ménopause voll.

Générale graphique Edit. Torande- Paris 1981, 8,110-117

24- Rozenbaum H.

Contribution à l'étude de la ménopause chez la femme malgache.

Ed Villeurbanne oct. 1987, Antananarivo, 264pages.

25-Tisserant-Pernier M.

Recherches sur la ménopause. Etudes de statistique comparative.

Gynec et obstet 52, 1983 ; 43-55.

26-Tournaire M.

La grossesse à quarante ans et plus.

Rev. Médecine 29-30, 1980; 1453-456.

27- Tsingaing K. J.

La ménopause doit – elle être traitée ?

Postgraduate Training in Reproductive Health Research Faculty of medicine,
university of Yaoundé 2007.

<http://www.gfmer.ch/Medical> éducation En/Cameroun 2007/pdf/Menopause
Tsingaing Yaoundé 2007.pdf.

28-Vokaer R.

Contraception orale et cancer de l'utérus et du sein.

J. Gyn. obst. Biol. Repr. 3, 1984; 379-400.

29-Watchell E.G.

La cytologie vaginale à la post ménopause

Front-Rech hormonale 3, 1985, 64-74.

30-Yanevah E., Rozenbaumh R.

Endométrite et inhibiteurs de l'ovulation et l'inhibition de l'ovulation. vol. 1

Rev.fr.Gyn. obst 7, 1980, 101-112.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DIARRA

Prénom: Lamine S.

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Titre : Etude épidémiologique et clinique de la période de ménopause au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, Bamako, Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique.

RESUME

L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la période de ménopause dans le service gynécologie obstétrique au Centre de santé de référence de la Commune V.

Notre étude s'est étalée sur une période de 24 mois (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006).

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur 138 patientes remplissant tous nos critères d'inclusion. La fréquence des consultations pour trouble de la ménopause a été de 7,54%. La moyenne d'âge était de 52,54 ans avec des extrêmes d'âge de 38 ans et 67 ans. Les troubles du cycle menstruel ont été le motif de consultation le plus fréquent. Les pathologies identifiées et associées au cours de la ménopause étaient: le fibrome utérin, le prolapsus génital, l'hypertension artérielle, l'hyperplasie endométriale, la mastodynie, la néoplasie du col et le diabète.

Le traitement hormonal : 40% des patientes étaient sous la progestérone. Seules 41,48% des patientes étaient sous traitement hormonal substitutif.

Le traitement des pathologies retrouvées : les patientes hypertendues ont été mises sous Captopril ou Méthylodopa. Les patientes diabétiques étaient sous Metformine. 52% des patientes ont subi une myomectomie.

FICHE D'ENQUETE

Titre : Etude épidémiologique et clinique de la période de ménopause au Centre de Santé de Référence Commune V.

I- Identité

Q.1 Nom :

Q.2 Prénom :

Q.3 Age :

Q.4 Adresse :

1- La commune V

2- Hors de la commune V

II- Caractéristique socio-démographique

Q5 Ethnie

1- Bambara 2- Malinké 3- Sénoufo 4- Peulh

5- Sarakolé 6- Bozo 7- Sonrhäi 8- Bobo

9- Autres

Q6 Profession

1- Fonctionnaire

2- Ménagère

3- Autres

Q7 Profession du conjoint

1- Fonctionnaire

2- Ouvrier

3- Autres

Q8 Niveau d'instruction

- 1- Supérieur
- 2- Secondaire
- 3- Analphabète
- 5- Autres

Q9 Statut matrimonial

- 1- Mariée
- 2- Célibataire

Q10 Nombre de coépouse

- 1- Zéro
- 2- Une
- 3- Plusieurs

Q11 Age au mariage

- 1- Avant 18 ans
- 2- Après 18 ans

Q12 Antécédents personnels

Q12.1 Antécédents gynécologiques

- 1- Ménarche
 - a- Avant 13 ans
 - b- 13 – 18 ans
 - c- Après 18 ans
- 2- Cycles
 - a- Réguliers
 - b- Irréguliers
- 3- Durée des règles
 - a- < 3 jours
 - b- Entre 3 – 8 jours

c- < 8 jours

4- Leucorrhés

a- Oui

b- Non

5- Prurit vulvaire

a- Oui

b- Non

6- Dysurie

a- Oui

b- Non

7- Dyspareunie

a- Oui

b- Non

8- Dysménorrhée

a- Oui

b- Non

9- Contraception

a- Oui

b- Non

10- Date des dernières règles

a- Moins de 3 mois

b- Entre 3 – 12 mois

c- < 12 mois

Q13 Obstétricaux

a – 1 Primigeste

a – 2 Multigeste

a – 3 Grande multigeste

b – 1 Nullipare

b – 2 Primipare

b – 3 Multipare

b – 4 Grande multipare

c – 1 Nombre d'enfant vivant

c – 1 = 0

c – 2 = 1 à 4

c – 3 = < 4

d – 1 Zéro avortement

d – 2 1 – 3 avortements

d – 3 < 3 avortements

Q14 Antécédents médicaux

a- Hypertension artérielle

1- Oui

2- Non

b- Diabète

1- Oui

2- Non

c- Obésité

1- Oui

2- Non

d- Age de survenue de la ménopause chez la mère et sœurs de la patiente

1- Précoce

2- Tardif

e- Autres

Q15 Antécédents chirurgicaux

a- Oui

Si oui le type d'intervention

b- Non

III- Exploration de la ménopause

Q16 Age de survenue de la ménopause

1- Moins de 6 mois

2- 6 mois à 1 an

3- Plus de 1 an

IV- Pathologie et signes cliniques retrouvés au cours de la ménopause

Q17 Irrégularité du cycle menstruel

a- Oui

b- Non

Q18 Mastodynie

a- Oui

b- Non

Q19 Métrorragie

a- Oui

b- Non

Q20 Dysménorrhée

a- Oui

b- Non

Q21 Algies pelviennes

a- Oui

b- Non

Q22 Aménorrhée

a- Oui

b- Non

- Q23 Sueurs nocturnes
a- Oui
b- Non
- Q24 Fourmillement aux membres inférieurs
a- Oui
b- Non
- Q25 Atrophie génitale
a- Oui
b- Non
- Q26 Atrophie mammaire
a- Oui
b- Non
- Q27 Troubles psychique (irritabilité, nervosité, amnésie, insomnie)
a- Oui
b- Non
- Q28 Fracture récente (ostéoporose)
a- Oui
b- Non
- Q29 Hypertension artérielle
a- Oui
b- Non
- Q30 Ménométrorragie
a- Oui
b- Non
- Q31 Dysurie
a- Oui
b- Non

Signes biologiques de la ménopause

Q33 FSH

1- Taux normal

2- Taux < à la normale

3- Taux > à la normale

Q34 LH

1- Taux normal

2- Taux < à la normale

3- Taux > à la normale

Q35 Progestérone

1- Taux normal

2- Taux < à la normale

3- Taux > à la normale

Q36 Œstrogène

1- Taux normal

2- Taux < à la normale

3- Taux > à la normale

4- Autres bilans

Q38 Traitement donné au C.S.Réf. Commune V

Hormonothérapies

1- Oui

2- Posologie et la durée

3- Autres traitements

