

Ménopause et suivi gynécologique de « la femme âgée »

Mardi 16 juin 2026-Atelier Gynнове

Marie Sicot & Caroline Pibault
Centre médical de la femme, Hôpital Couple enfant



La ménopause physiologique

Définition :

Période d'aménorrhée de 12 mois consécutifs
sans cause évidente
chez une femme de plus de 45 ans

Les symptômes de la ménopause

- Liés principalement à la chute des estrogènes
- **Syndrome climatérique**
 - bouffées vasomotrices (BVM), sueurs nocturnes, troubles génito-urinaires, douleurs articulaires
 - Effet domino sur le sommeil avec des réveils nocturnes, asthénie, diminution de l'attention, perte de mémoire, baisse de l'humeur, irritabilité, « brouillard mental »

Les symptômes de la ménopause

- **Syndrome génito-urinaire**

Sécheresse vaginale entraînant une dyspareunie

Trouble du désir sexuel

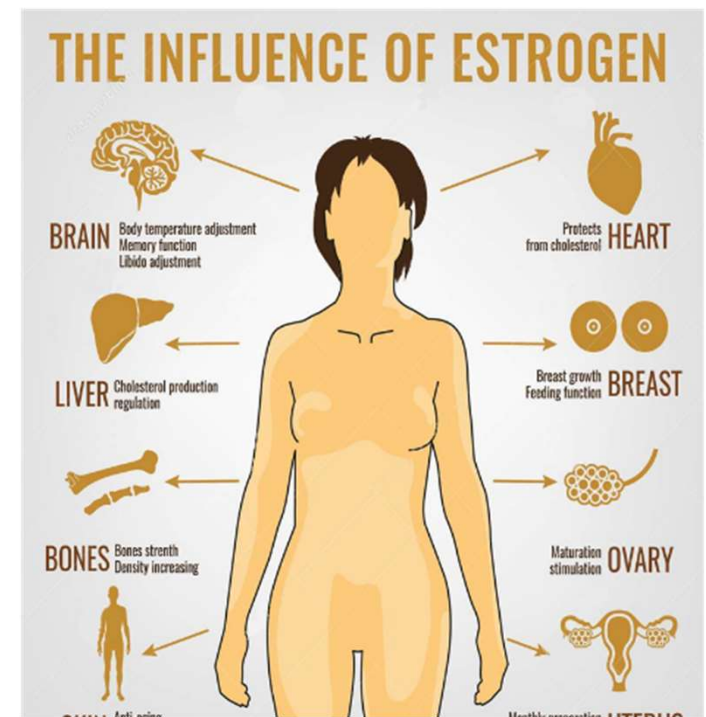
Urgenturie

Cystites ou infections urinaires à répétition

- **Redistribution des graisses**

Conséquences de la ménopause sur la santé des femmes

- Augmentation du risque cardio vasculaire global
Par résistance à l'insuline
Par développement de l'athérome
- Altération des fonctions cognitives
- Augmentation du risque ostéoporotique et fracturaire
- Apparition d'un syndrome génito-urinaire à distance de la ménopause



Une consultation dédiée aura pour objectifs

D'informer la patiente sur cette période de vie

D'accompagner des symptômes

De prévenir le développement de pathologies

=> Par le dépistage du cancer du sein et du col utérin

=> Et la recherche de facteurs de risque cardio vasculaires et osseux

« Echelle de Greene »

Auto
questionnaire

Quantifier et
évaluer les
symptômes de
la ménopause

Aide décisionnel
à l'instauration
d'un THS et à sa
réévaluation

QUESTIONNAIRE ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE*

Nom et prénom :

Date :

Indiquer dans quelle mesure vous êtes actuellement gênée par les symptômes suivants.

SYMPTÔMES	Pas du tout 0	Un peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3	Informations complémentaires
Palpitations cardiaques (cœur qui bat vite ou fort)					
Sensation de tension ou de nervosité					
Difficulté à dormir					
Agitation					
Crises d'anxiété, attaque de panique					
Difficulté de concentration					
Sensation de fatigue, manque d'énergie					
Perte d'intérêt pour la plupart des choses					
Sensation de tristesse ou dépression					
Crises de larmes					
Irritabilité					
Sensations vertigineuses ou d'évanouissement					
Sensation de pression ou de tension dans la tête					
Parties du corps engourdis					
Maux de tête					
Douleurs musculaires et articulaires					
Perte de sensibilité dans les mains ou les pieds					
Difficultés respiratoires					
Bouffées de chaleur					
Sueurs nocturnes					
Perte d'intérêt pour la sexualité					
SCORE					

*Adapté de la *Climacteric scale* www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512208002284#aep-article-footnote-id1 de Greene.



Les bouffées vaso-motrices (BVM)

- Caractéristiques
- Les BVM atypiques : savoir les évoquer, rechercher des étiologies, démarche clinique



Caractéristiques

Vasodilatation = augmentation de la température de la peau +/- rougeur haut du corps

Concomitantes de la ménopause

Nocturnes > diurnes

Intensité variable pouvant aller jusqu'au malaise, avec palpitations et vertiges

Majorées par le stress, les émotions, la chaleur

Durée variable imprévisible, en moyenne 7,5 ans

Diagnostics différentiels des bouffées vaso-motrices

(en cas d'échec du THM)

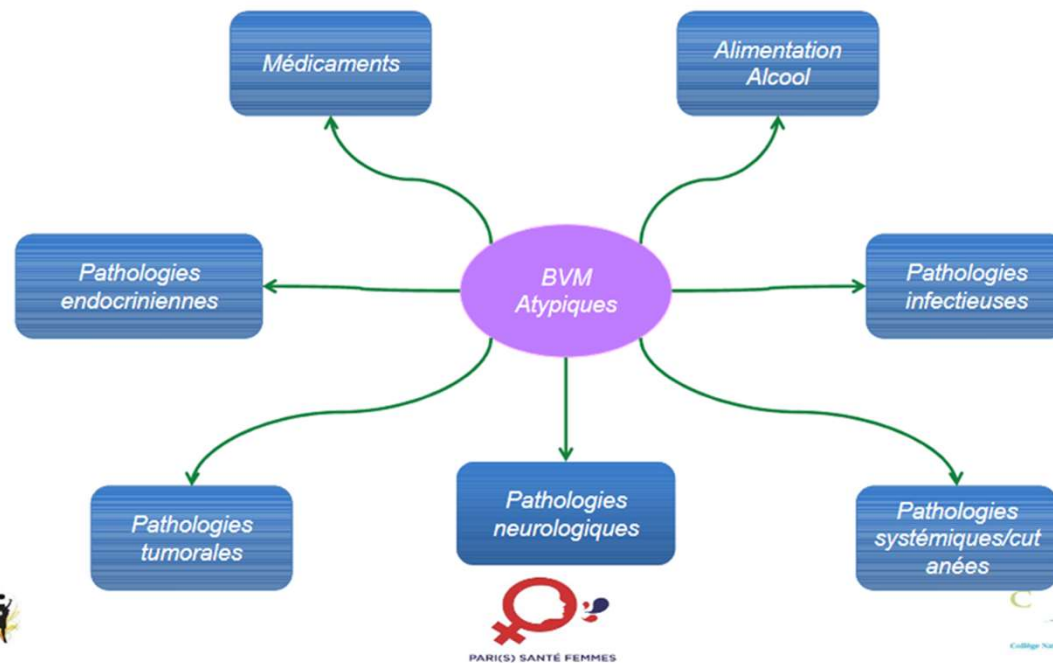
Les situations cliniques suivantes peuvent faire évoquer des BVM « atypiques » :

- BVM ne cédant pas avec l'utilisation d'un THM adapté (observance et bonne utilisation);
- BVM apparaissant ou réapparaissant à distance de la ménopause ;
- Modifications des BVM habituelles ;
- BVM associées à d'autres signes fonctionnels: céphalées, palpitations, malaises, diarrhées, poussées hypertensives.

Il n'y a pas de consensus sur la définition des BVM atypiques

Il n'existe pas d'algorithme diagnostique ni d'arbre décisionnel validé actuellement concernant la prise en charge des BVM atypiques.

Possibles étiologies sous-jacentes en cas de BVM atypiques



Proposition de démarche clinique en cas de BVM atypiques

L'interrogatoire a pour but de:

- **Préciser la séméiologie des BVM:** fréquence, horaire, durée, intensité, existence d'un éventuel facteur déclenchant
- **Rechercher l'existence de signes associés :** céphalées, flush, palpitations, malaises, diarrhées, poussée hypertensive, situation à risque de contagio tuberculeux ou infectieux



L'examen clinique a pour but d'éliminer:

- une fièvre,
- une hypertension artérielle
- des palpitations
- une altération de l'état général
- Une anomalie de l'examen :
 - ✓ pulmonaire,
 - ✓ abdominal,
 - ✓ thyroïdien,
 - ✓ cutané,
 - ✓ neurologique,
 - ✓ aires ganglionnaires

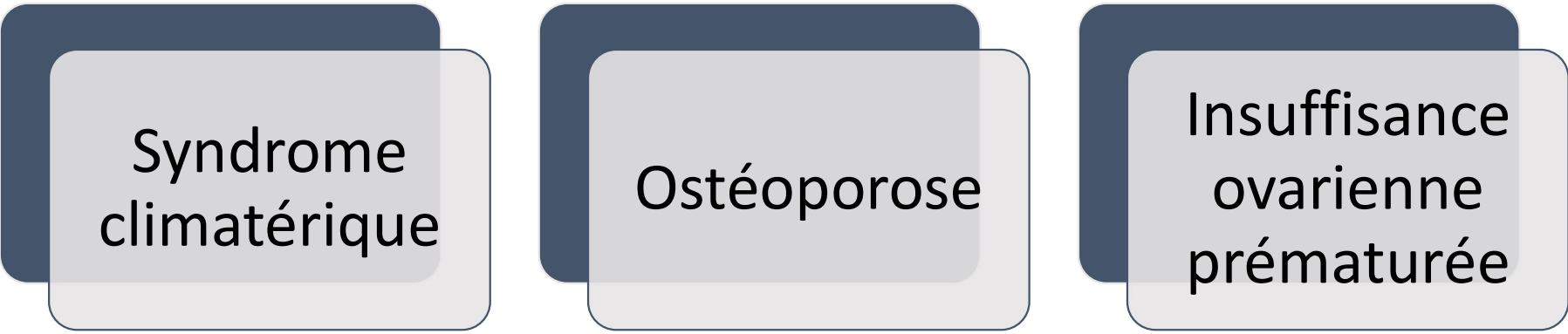


En première intention:

- NFS, VS, CRP, LDH
- Electrophorèse des protéines plasmatiques
- Bilan thyroïdien : TSH, thyrocalcitonine
- PTH, calcémie, albuminémie
- Métanéphrines libres plasmatiques +/- complété par un dosage des métanéphrines urinaires sur 24h* et de Chromogranine A
- Glycémie et insulïnémie à jeûn et post-prandiale,
- +/- Radiographie de thorax



Indications du traitement hormonal substitutif



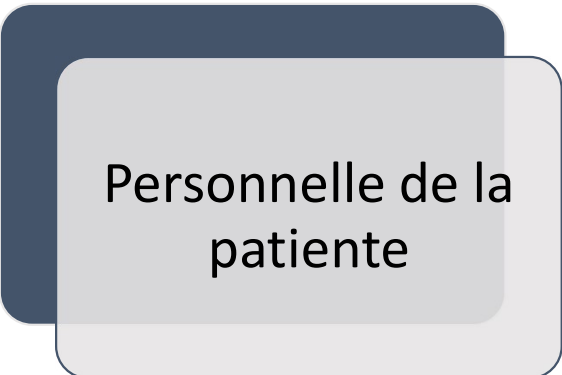
Syndrome
climatérique

Ostéoporose

Insuffisance
ovarienne
prématurée



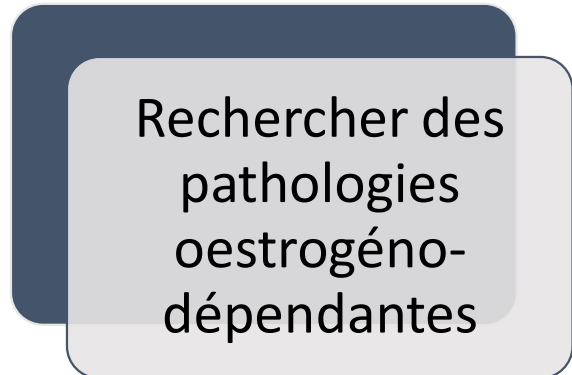
Evaluer la balance bénéfice risque



Personnelle de la
patiente



Rechercher des
FDR cardio
vasculaires



Rechercher des
pathologies
oestrogéno-
dépendantes

Contre-indications au traitement hormonal de la ménopause

- [Antécédent de cancer du sein](#)
Quel que soit le statut hormonal ou invasif/in situ.
- Antécédent d'[infarctus du myocarde](#) ou d'[AVC ischémique](#)
- [Maladie d'Alzheimer](#)
- Contre-indication relative
 - Syndrome douloureux mammaire
- Contre-indications temporaires
 - Exploration de masse mammaire
 - Exploration de saignements utérins anormaux
- Contre-indications à l'estradiol par voie orale
 - [Antécédent de thrombo-embolie \(MVTE\)](#)
 - [Obésité](#)
 - Thrombophilie
 - Risque cardiovasculaire marqué

Ménopause et risque cardio-vasculaire

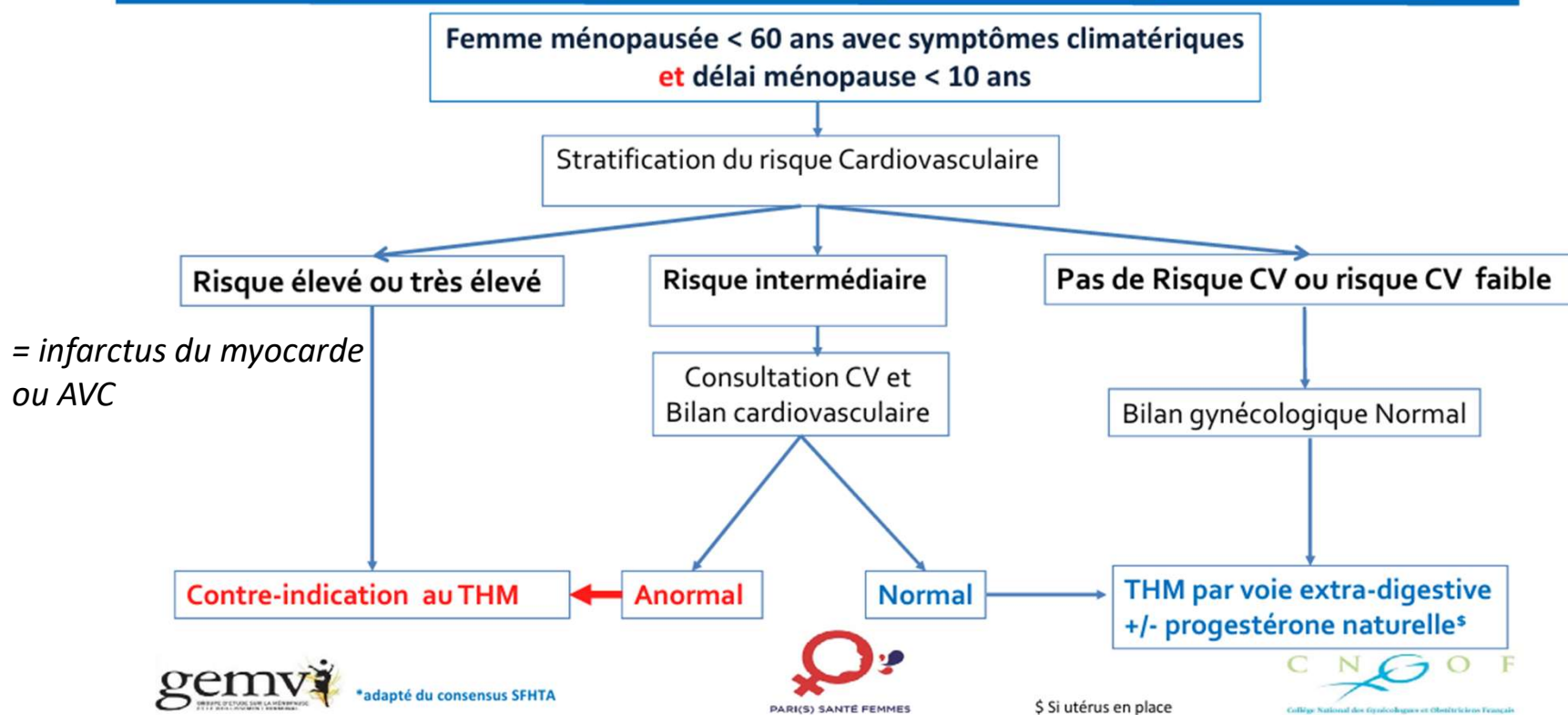
Les facteurs de risque vasculaire (adapté de la Société française d'HTA [7]).

Niveau de risque cardiovasculaire	Facteur de risque
Élevé à très élevé	-Maladie coronaire ou cérébrovasculaire -Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ou anévrisme de l'aorte abdominale -Insuffisance rénale modérée ou sévère ; ou microalbuminurie (> 30 mg/g) -Diabète
Intermédiaire ≥ 2 FRCV majeurs	-Facteurs de risques classiques : -Tabagisme actif ou arrêt < 3 ans -HTA traitée non contrôlée -Dyslipidémie traitée ou non -Antécédent familial de maladie cardio-vasculaire au premier degré < 55 ans chez l'homme et < 65 ans chez la femme -Obésité abdominale circonférence abdominale (CA) ≥ 88 cm -Facteurs ou situations à risques émergents : -Antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, HELLp syndrome) ; de diabète gestationnel. -Sédentarité -Syndrome métabolique -Maladie systémique auto-immune ou maladie inflammatoire chronique -Fibrillation auriculaire -Athérosclérose infraclinique -Adaptation cardio-vasculaire faible à l'effort
Faible à modéré	-HTA traitée contrôlée non compliquée et sans autre facteur de risque associé -Hygiène de vie optimale

Ménopause et risque cardio-vasculaire

- Chez les femmes ménopausées, les autres facteurs de risque sont :
 - L'ancienneté de la ménopause
 - L'âge de plus de 60 ans
 - Migraines
 - Les antécédents de prééclampsie
 - Le diabète gestationnel

Proposition Algorithme - prescription THM et risque cardiovasculaire*



Ménopause et risque osseux



- Rechercher les facteurs de risque de fracture lors d'une consultation ménopause
- Prescrire une ostéodensitométrie et un bilan biologique étiologique
- THS indiqué en prévention de l'ostéoporose chez une femme à risque fracturaire T score < - 2 sur site fémoral et ou vertébral
- Pas de dose recommandée

Indications de remboursement de la DMO (HAS)

Femmes et hommes

- Signes d'ostéoporose
- Pathologies ou traitements inducteurs d'ostéoporose:
hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé, HIV

Femmes ménopausées avec ou sans THS

- antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré
- IMC < 19 kg/m²
- ménopause avant 40 ans
- antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose ≥ 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone

Remarques : Le tabac et l'ethyisme favorisent aussi la diminution de la DMO mais (NR)

Bilan osseux

- Rechercher une ostéoporose secondaire (Hyperparathyroïdie, Hyperthyroïdie, Myélome, Insuffisance rénale)

L'ostéoporose liée à l'âge et à la chute des estrogènes est **un diagnostic d'élimination**

Bilan minimal :

- NFS
- CRP
- EPS
- Ionogramme avec calcémie corrigée et phosphatémie, PTH
- Fonctions rénale et hépatique
- TSH
- +/- Vitamine D

Ménopause et risque osseux

- Lutte contre la sédentarité
- Activité physique régulière en charge : endurance et renforcement musculaire 3 fois par semaine
- Alimentation, apports calciques
- Supplémentation en vitamine D +/- calcique





Bilan pré-thérapeutique

- Analyse des antécédents personnels et familiaux
 - Evaluation du risque cardiovasculaire comprenant un recueil des antécédents, du mode de vie et de la symptomatologie
 - Examen clinique et paraclinique :
mesure du poids, de la taille et de l'IMC et de la tension artérielle
bilan métabolique avec glycémie à jeun, EAL
 - Examen clinique et gynécologique avec palpation mammaire
 - Mise à jour des dépistages selon l'âge et les risques individuels
-



Instauration du THS

- Principe de « fenêtre thérapeutique » : dans les 10 ans après le début de la ménopause
 - Association: estradiol par voie cutanée (17bêta-estradiol ou valérate d'estradiol) + progestérone micronisée ou dydrogestérone au moins 12 jours par mois
 - Doses minimales efficaces
 - Si hystérectomie: estradiol cutané seul
 - Schéma de THM: Combiné continu privilégié : Évite hémorragies de privation et BVM concomitantes
-



Instauration (suite)

Informar la patiente

- des bénéfices et des risques liés au traitement
- Des modalités d'utilisation
- Des effets secondaires
- De la réévaluation régulière de l'indication et de la posologie du traitement

GEMVI : fiche d'information patiente disponible

<https://gemvi.org/wp-content/uploads/2025/08/Info-IOP-GEMVI-2025.pdf>

Les œstrogènes transdermiques

Tableau 1. Différents estrogènes disponibles en France.

Voie d'administration	DCI	Nom commercial	Administration
Voie orale	17 bêta-estradiol	Oromone	1 à 2 mg/jour
		Provames	1 à 2 mg/jour
		Estrofem	1 à 2 mg/jour
	Valérate d'estradiol	Progynova	1 à 2 mg/jour
Patch	17 bêta-estradiol	Dermestril	25 - 50 - 75 - 100 µg/24h
		Estrapatch	40 - 60 - 80 µg/24h
		Oesclim	25 - 37,5 - 50 µg/24h
		Femsept	50 - 75 - 100 µg/24h
		Thais	25 - 50 µg/24h
		Thais sept	25 - 50 µg/24h
		Vivelledot	25 - 37,5 - 50 - 75 - 100 µg/24h
Gel	17 bêta-estradiol	Delidose	0,5 - 1 mg
		Estreva	0,5 mg/pression
		Oestrodose	0,75 mg/pression

Les progestatifs

Tableau 2. Différents progestatifs disponibles en France.

	DCI	Nom commercial	Administration
Progestérone ou dérivés	Progestérone micronisée	Utrogestan, Estima Gé	100-200 mg
	Dydrogestérone	Duphaston	10 mg
Pregnane	Acétate de chlormadinone	Lutéran	5-10 mg
	Médrogestérone	Colprone	5 mg
	Acétate de cyprotérone	Androcur	50 mg
Norpregnane	Acétate de nomégestrol	Lutényl	3,75-5 mg
	Promegestrol	Surgestone	0,25-0,5 mg

Adaptation – Réévaluation



Annuelle



Considérer l'efficacité sur les symptômes et l'évolution du rapport bénéfice/risque



Dose minimale efficace



Examen régulier des seins selon les recommandations et adapté en fonction des cas individuels



Surveillance endométriale par une échographie si THS > 5 ans

Gestion des effets secondaires

- Saignements utérins

- 1 épisode sous traitement et épaisseur de l'endomètre < 4 mm : expectative possible, adapter les doses

- > 1 épisode et/ou endomètre > 4 mm : arrêt du THS et explorations endo-utérines

Gestion des effets secondaires

Syndrome mammaire douloureux

Risque de cancer du sein augmenté, si préexistant ou associé au THS

Bilatéral

Pas d'indication d'imagerie

=> Sensibilité aux estrogènes

⇒ Possible reprise ovarienne

- Si persistance : réduction voir interruption du THS

Gestion des effets secondaires

- Imagerie mammaire anormale
- Microcalcifications
- Interruption temporaire durant les explorations
- Définitive si pathologie maligne

Autres



Augmentation des lithiases vésiculaires



Augmentation de la taille des fibromes (attention au sarcome utérin) et stimulation endométriale



Pas de prise de poids

Arrêt



A réévaluer à chaque consultation



Arrêt immédiat ou progressif, pas de différence sur la récurrence des symptômes



Maintien du suivi médical

Syndrome génito-urinaire

- Interrogatoire et diagnostic clinique
- **Œstrogènes locaux**

Efficacité > THS

Lassitude liée à l'utilisation au long cours

Possible en cas d'antécédent de cancer du sein (rémission complète)

Molécule	Noms commerciaux	Galénique	Fréquence
Estriol	Gydrelle, Trophicrème Estring 2mg	Crème vaginale	2-3 fois /semaine
		Anneau vaginal	90 jours
Promestriene	Colpotrophine	Crème vaginale Ovules vaginales	2-3 fois/semaine 2-3 fois/semaine

Syndrome génito-urinaire

- **Hydratants locaux à base d'acide hyaluronique**

Replens, Ainara, Mucogyn: 2 à 3 fois par semaine +/- avant les rapports (NR)

- Atrophie/Sténose vaginale: dilatateurs de taille croissante, laser YAG (NR), injections intra vaginale d'acide hyaluronique

- Sexologie

Syndrome génito urinaire

- Penser aux diagnostic différentiels

Importance de l'examen clinique

Réponse au traitement local

- Savoir orienter

- Infections locales
- Lichen scléreux atrophique
- Psoriasis
- Néoplasie intra épithéliales vulvo-vaginales
- Carcinome
- Dermatite de contact

Traitements non hormonaux

Médicamenteux	Alternatives non médicamenteuses
Thymorégulateurs IRS à faible dose (paroxétine, citalopram, escitalopram avec interactions tamoxifène) ou IRSNA (venlafaxine)	phytothérapie
Tibolone	homéopathie
Abufène	Acupuncture
Fezolinétant (NR)	Yoga
	Hypnose

Mesures hygiéno-dététiques globales



- Activité physique quotidienne (30 minutes) d'intensité faible à modérée au moins 3 fois par semaine, avec impact pour le risque osseux et renforcement musculaire régulier
- Arrêt de l'alcool et du tabac
- Régime méditerranéen riche en oméga 3
- Supplémentation en vitamine D en gouttes journalières ou prise mensuelle
- +/- Supplémentation calcique (GRIO)



Suivi gynécologique de la femme « âgée »



Quand une femme devient elle âgée ?

Après la
ménopause ?

Après les
dépiſtages
organisés ?

A la survenue
d'une maladie
chronique ?

A la baisse
d'autonomie ?



Représentations des femmes sur la consultation au delà du dépistage organisé

- Génération moins habituée au suivi gynécologique régulier
- Fausse croyance sur l'absence de risque gynécologique à cet âge
- Regard de la société sur leur corps
- Banalisation des maux
- La possibilité d'un suivi est perçue comme « une chance une réassurance, une sécurité »

Thèse de médecine générale « suivi gynécologique des femmes de plus de 74 ans : attente et représentation des patientes » Aelbrecht Brigitte

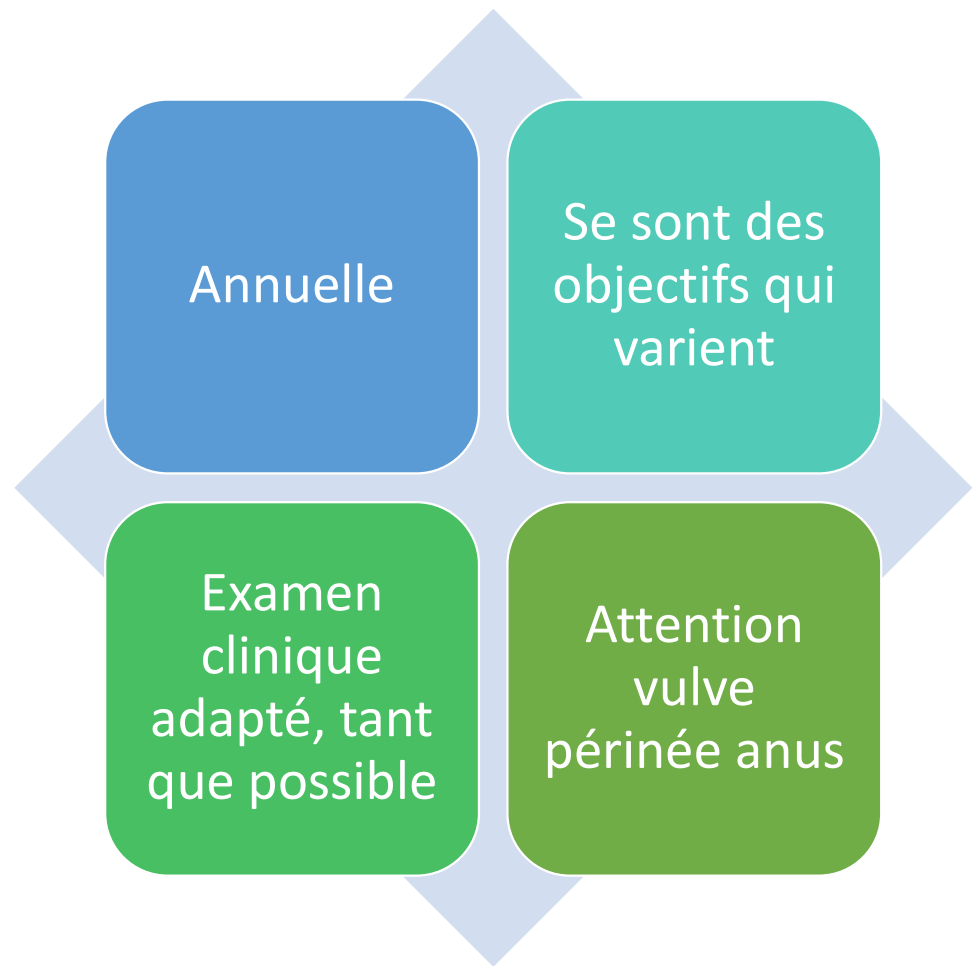
Les objectifs de la consultation

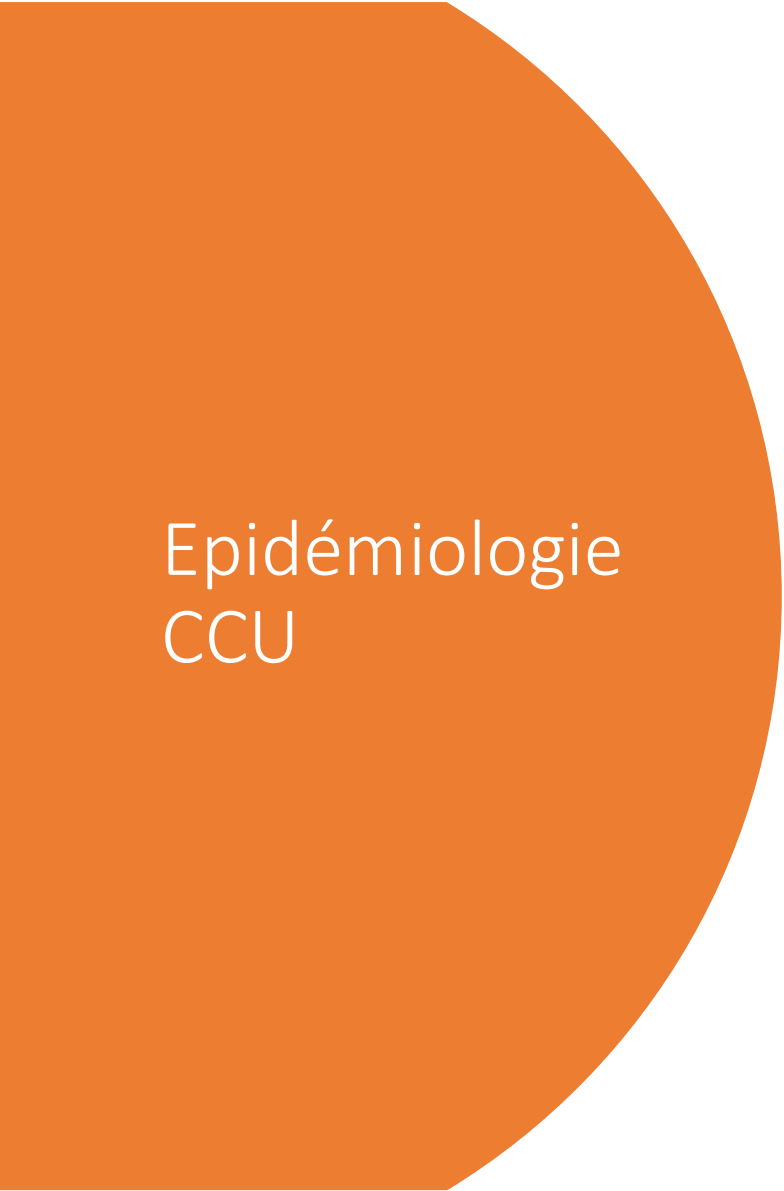
Multiples

- Accompagner certains symptômes
- Accompagner la patiente dans les changements du corps liés à l'âge
- Réaliser les dépistages appropriés
- Repérer les FDR CV et d'ostéoporose
- Dépister certaines pathologies gynécologiques dont le risque augmente avec l'âge



Consultation



A large orange shape on the left side of the slide, consisting of a rectangle with a quarter-circle cutout on its right side.

Epidémiologie CCU

Age moyen du diagnostic : 51 ans

Age moyen au décès : 64 ans

Période de la vie où certaines femmes
arrêtent le suivi gynécologique

Informé sur la nécessité de poursuivre

Dépistage du cancer du col utérin

- Jusque 65 ans si suivi antérieur régulier
- Savoir poursuivre au delà :

En l'absence de suivi dans les 10 dernières années

Métrorragies inexpliquées / col anormal

Si pathologies diminuant l'immunité et ou traitements

immunomodulateurs/immunosuppresseurs

Si ATCD de lésion de haut grade / conisation : surveillance post thérapeutique

= recherche HPV tous les 3 ans à vie



Dépistage du cancer du col utérin

- Si l'examen au spéculum est possible
- Une préparation oestrogénique local améliore le confort et la qualité du prélèvement (ex colpotrophine tous les soirs au coucher dans les 2 semaines précédant l'examen)
- Poursuivre sans raison expose à un surrisque d'examens invasifs et peu informatifs (colposcopie non satisfaisante, curetage endocervical impossible ou pauvre) et de traitement chirurgicaux inappropriés (conisation)



Dépistage du cancer du sein

Organisé jusqu'à 74 ans

Dépistage individuel :
antécédents personnels
ou famille à haut risque

Examen annuel des
seins et auto-palpation

Et après 75 ans

11 200 décès liés au cancer du sein chaque année en France, 4 500 surviennent chez des femmes de plus de 74 ans

Persistance du risque après 75 ans et traitements accessibles

Discuter au cas par cas de continuer le dépistage selon antécédents médicaux, l'espérance de vie, et le choix patiente

Prévention du risque cardio vasculaire et osseux

A poursuivre

Besoins augmentés en vitamine D à partir de 65 ans du fait d'une baisse de l'absorption

Maintien de l'activité physique régulière

Maintien des apports nutritionnels et de l'IMC



Persistance de symptômes liés à la ménopause

Accompagner

- Les BVM persistantes à plus de 10 ans de la ménopause

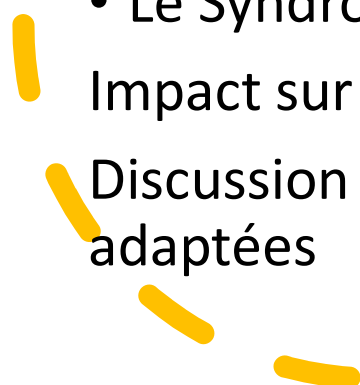
Poursuite du THS éventuelle

Alternatives non hormonales

- Le Syndrome génito urinaire

Impact sur la sexualité

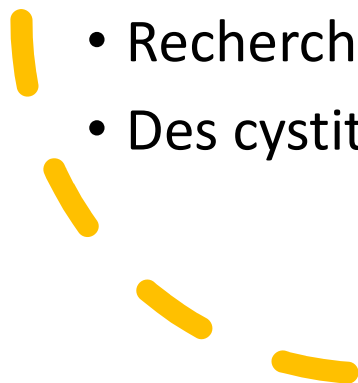
Discussion ouvertes sur la vie intime pour proposer des solutions adaptées





Troubles urinaires : une prise en charge possible

- Poser la question systématiquement
- Patiente vient en consultation avec une protection ?
- Explorer le mécanisme d'une incontinence urinaire par l'interrogatoire et l'examen clinique : IU d'effort ou hyperactivité vésicale
- Rechercher une éventuelle iatrogénie ou pathologie sous jacente
- Des cystites associées





Troubles urinaires : une prise en charge possible

- Caractériser et bilanter : calendrier mictionnel, ECBU, Bilan uro dynamique, consultation en urologie
- Selon le diagnostic :
 - rééducation périnéale
 - ttt oestrogénique local
 - pose de bandelettes urétrales en chirurgie
 - rééducation du nerf tibial postérieur par TENS, anticholinergiques





Prolapsus

- « une boule à la vulve » ou une gêne vaginale ou pelvienne ressentie à la marche ou lors des efforts
- Plus ou moins symptomatique
- Expliquer, rassurer: dépend des connaissances anatomiques et des représentations corporelles
- Rééducation périnéale
- Proposer un pessaire avec modèles de démonstrations si possible

Remboursé par la SS

- Avis chirurgical



Symptomatologie vulvaire et anale

- Pathologies bénignes fréquentes :

Traiter d'éventuelles mycoses des plis et vulvaires (contexte de diabète, perte d'autonomie)

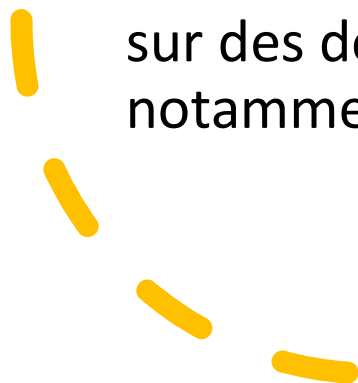
Traiter les crises hémorroïdaires





Penser aux lésions vulvaires et anales

- Augmentation de l'incidence des néoplasies intra épithéliales vulvaires et du cancer de la vulve
- Sous diagnostiquées : diminution du suivi, non vues par le praticien
- Diagnostic tardif avec des prises en charge oncologiques lourdes
- Femmes âgées : VIN différenciées (non liées au HPV) le plus souvent sur des dermatoses chroniques, lichen scléreux atrophiques notamment





Penser aux lésions vulvaires et anales

- Questionner les symptômes vulvaires : prurit, sensation de brûlures
- Examen attentif du tractus « vagin-vulve-périnée-anus »
- Si doute, adresser pour biopsie
- Informer la patiente, proposer une auto inspection régulière si patiente le peut



Dermatoses vulvaires : LSA, leucoplasie



Diagnostic clinique +/- histologique



Réaliser des prélèvements vaginaux systématiques



Traiter par dermocorticoïdes forts au long court

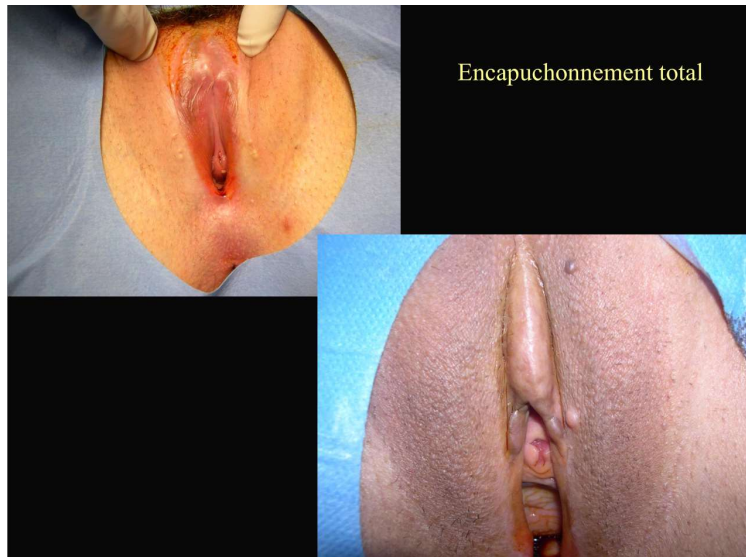


Examen semestriel conseillé



Biopsie au moindre doute sur une transformation suspecte ou sur une zone de régressant pas après traitement corticoïdes

LSV :
encapuchonnement
clitoridien



LSV : perte de reliefs et aspect nacré

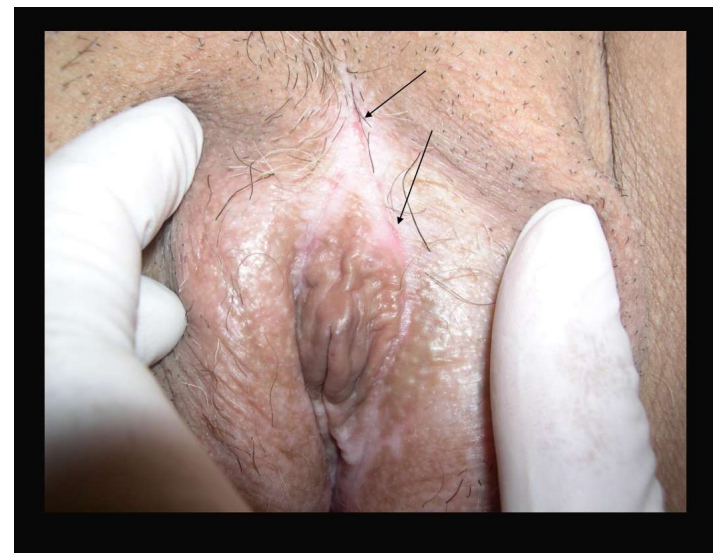


LSV : leucoplasie

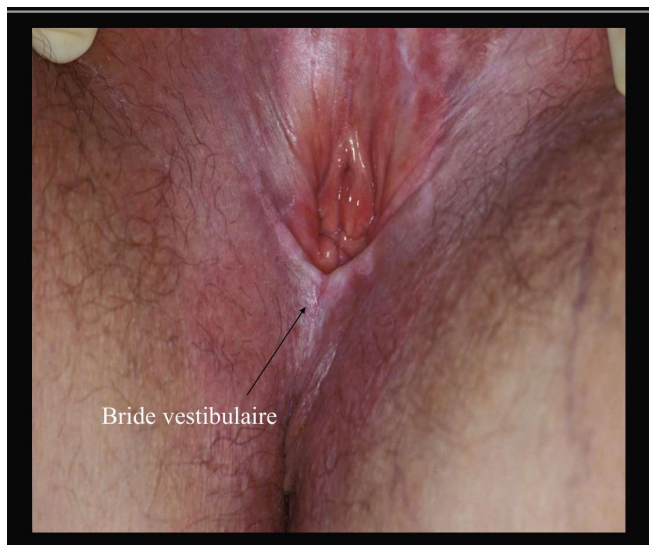


Leucoplasie périanale

LSV : zones érosives et fissures



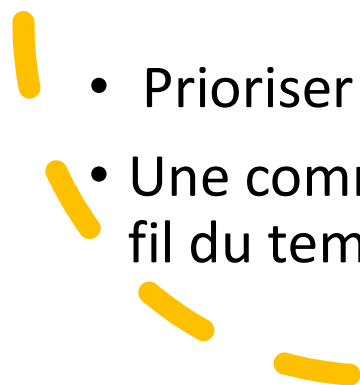
LSV : bride vestibulaire et autre localisation





En conclusion

- Le suivi est adapté tout au long de la vie. Il dépend :
 - des antécédents médicaux
 - du mode de vie
 - de l'état de santé général
- Prioriser l'éducation à la santé gynécologique
- Une communication ouverte est essentielle pour ajuster les soins au fil du temps



Consultation dédiée – CHU

Celle-ci est accessible via la page gynécologie ([Gynécologie - Grenoble - CHU Grenoble Alpes](#)) et la page centre médical de la femme ([Centre médical de la femme - CHU Grenoble Alpes](#))

Consultation pluriprofessionnelle d'évaluation des symptômes et facteurs de risques liés à la ménopause

L'objectif est de soutenir les professionnels dans l'accompagnement de symptômes invalidants pour leurs patientes. Cette consultation spécialisée, organisée sur une matinée, réunit plusieurs professionnels de santé (médecin, infirmière, psychologue, diététicienne) pour évaluer de manière globale les symptômes liés à la ménopause. La prise en charge prendra en compte les aspects médicaux, physiques, psychologiques ainsi que le mode de vie de chacune. Lors de la matinée, un bilan complet est réalisé pour établir un plan de soin adapté, ainsi qu'une orientation et un bilan secondaire en cas de repérage de facteurs de risque (cardiovasculaires, fracturaire, etc.).

Cette approche pluridisciplinaire permet d'aborder la ménopause de façon globale, en favorisant le bien-être et la qualité de vie des femmes à cette période. L'orientation vers cette consultation se fait par un professionnel médical (médecin traitant ou sage-femme).

Documents



Ménopause - formulaire de demande de consultation

Prendre rendez-vous

Pour toute demande de rendez-vous :

1. Le formulaire de demande consultation pluriprofessionnel d'évaluation des symptômes et facteurs de risques liés à la ménopause doit être complété par un professionnel de santé référent (médecin ou sage-femme)
2. Envoyer ce formulaire à l'adresse suivante : consultationmenopause@chu-grenoble.aura.mssante.fr
3. Les secrétaires prendront contact avec la patiente pour organiser cette consultation.