

Physiologie de la ménopause

Autor(en): **Weber-Comte, Fabienne / Linder-Paggiali, Margherita**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **91 (1993)**

Heft 10

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950889>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Physiologie de la ménopause

Préménopause

Au cours de la vie, le capital folliculaire diminue. Progressivement, il s'installe un dérèglement hormonal: la FSH, jusqu'alors sécrétée cycliquement et présentant un pic périodique, va rester à des valeurs élevées tout au long du cycle.

Des recherches ont montré que, dans le liquide folliculaire, est sécrétée une substance qui va agir comme rétro-contrôle sur l'hypophyse. Vu son action, cette substance est appelée inhibine. Avec la diminution des follicules, il y a aussi une diminution de sécrétion de l'inhibine d'où le taux élevé constant de FSH. En effet, l'hypophyse renforce son message pour tenter de rétablir l'équilibre antérieur.

Le taux élevé de FSH tout au long du cycle entraîne d'autres modifications: le taux d'oestrogènes reste élevé, ce qui ne permet plus nécessairement le pic de LH. C'est le pic de LH qui déclenche la rupture du follicule, donc l'ovulation et par cela même la formation du corps jaune qui sécrète la progestérone. (Rappel: au niveau hypophysaire, la LH est sécrétée constamment, mais stockée pour être libérée d'un coup; donc en grande quantité et c'est ce pic qui entraîne l'ovulation).

Le dérèglement qui s'introduit là où tout est rythmé par une très grande coordination, entraîne des déséquilibres. Les ovulations deviennent rares, la sécrétion de progestérone diminue, d'où apparition de saignements irréguliers qui correspondent soit à de vraies règles, suivant un cycle ovarien, soit à des hémorragies de privation liées à une diminution transitoire des taux d'oestrogènes circulants.

L'hypothalamus, notre ordinateur, tente lui aussi de rétablir l'équilibre hormonal... et s'emballe parfois! c'est peut-être l'origine de certains maux généraux qui commencent à se manifester: bouffées de chaleur, étourdissement, tachycardie, hypertension, baisse de mémoire, de concentration, insomnie voire vulnérabilité émotive, car ces centres de coordination, logés tous dans l'hypothalamus, sont proches.

L'utérus aussi, va manifester des troubles. Sous stimulation oestrogénique persistante, l'endomètre reste en phase proliférative, insuffisamment contre-

balancée par l'action sécrétoire progestative. Cette prolifération peut conduire à une hyperplasie kystique de l'endomètre, avec risque de transformation néoplasique; au niveau du myomètre, il peut aussi se produire une augmentation d'épaisseur généralisée ou localisée (fibrome).

Les seins sont aussi sous la dépendance hormonale. Il peut aussi se développer une hyperplasie glandulaire.

Ces phénomènes concernent la préménopause, ils sont donc caractérisés, avant tout, **par une diminution de la sécrétion de progestérone.**

L'épuisement du stock folliculaire entraîne en parallèle une augmentation de LH et FSH. L'augmentation de FSH est toujours supérieure à celle de LH. Ceci est lié d'une part, à la suppression de l'inhibine, et au fait que la demi-vie de FSH est plus longue que celle de LH.

La ménopause est donc la période des dernières règles.

Une fois la ménopause installée, la production quotidienne de FSH augmente de 10 fois voire plus, celle de LH de 3 fois environ et ces taux se retrouvent jusqu'à 25 à 30 ans après. Puis survient une stabilisation à des taux plus bas.

Postménopause

L'hypothalamus et l'hypophyse vont tenter pendant un certain nombre d'années

de stimuler les sécrétions hormonales ovariennes, pour enfin y renoncer. Un nouvel équilibre se crée. C'est la post-ménopause qui est caractérisée par la disparition presque totale des oestrogènes.

Néanmoins, il persiste des années encore un taux très faible et variable d'oestrogènes circulants.

A cette période, la femme lutte souvent contre une augmentation du tissu adipeux, qui n'est pas inutile! En effet, les ovaires et les surrénales sécrètent aussi des androgènes qui seront transformés en oestrogènes dans cette «graisse».

Tout tient à un équilibre fabuleux, car c'est dans la post-ménopause, et seulement à ce moment-là, qu'il y a une augmentation de LH. Or, LH a un effet stimulant sur la production d'un enzyme se trouvant dans le tissu adipeux. C'est cette enzyme qui se charge de transformer les androgènes en oestrogènes.

En résumé, après la ménopause, il persiste trois sources d'oestrogènes:

- pendant une dizaine d'années, une sécrétion ovarienne d'œstradiol (E₂)
- une sécrétion d'androgènes ovariens sous forme de testostérone et d'androstènedione qui seront transformés en œstrone (E₁) dans le tissu adipeux.
- Une sécrétion surrénalienne de dihydroépiandrostènedione aussi transformé en E₁ dans le tissu adipeux.

De ces deux dernières sources, l'œstrone (E₁) peut être transformé en œstradiol (E₂) beaucoup plus actif, en périphérie. □

Extrait tiré du fascicule sur la ménopause de Mmes Fabienne Weber-Comte et de Margherita Linder-Poggiali

La menopause Definizione e fisiopatologia

Dr. Alessandra Lombardi

Laureata in medicina e chirurgia nel 1985. Specialista in ostetricia e ginecologia, esercita la libera professione a Locarno, medico aggiunto nel reparto di ginecologia/ostetricia all'Ospedale La Carità di Locarno.

1. Qualche cifra:

Inizierò dando qualche cifra indicativa: l'età media di comparsa della menopausa si situa fra i 45 e i 65 anni (media sui 52 anni).

La durata dei disturbi ad essa legati, di cui discuterò specificatamente in seguito, varia da 1 a 15 anni, con apice 2-3 anni dopo l'inizio della menopausa, per poi calare progressivamente. In tutto durano circa 5 anni.

La menopausa

La Sezione Ticino della ASL ha organizzato nel mese di maggio di quest'anno una giornata informativa sul tema del climaterio e della menopausa intitolata provocatoriamente «L'età inutile?»

Ricordiamo che la giornata era aperta al pubblico e che gli oratori ne hanno tenuto conto usando un linguaggio comprensibile anche ai non specialisti

Sandra Casè-Longoni
Presidente ASL-Sezione Ticino



2. Cosa accade, perché compaiono questi disturbi?

Tutto è dovuto alla diminuzione fino all'arresto della produzione di estrogeni da parte delle ovaie.

Gli estrogeni sono degli ormoni cioè sostanze prodotte da ghiandole che si trovano nel nostro corpo (come la tiroide) e che vengono liberate nel sangue. In questo modo, attraverso la circolazione, arrivano fino ad altri organi che vengono detti appunto bersaglio di quei specifici ormoni. Si lasciano cioè dare degli ordini speciali.

Nel caso specifico delle ovaie (ghiandole) e degli ormoni da esse prodotti (estrogeni e progesterone) gli organi bersaglio sono diversi e nella fattispecie:

- vulva e vagina e sistema urinario
- utero
- mammelle
- pelle
- ossa
- diversi
- «psiche»

Le ovaie cominciano a «lavorare» con la pubertà, cioè con la comparsa della prima mestruazione. E' da sottolineare che la produzione delle ovaie non è regolare ma è ciclica. Questo fatto influenza gran parte della vita della donna. Col passare degli anni anche le ovaie invecchiano come conseguenza della

progressiva diminuzione dell'arrivo di sangue.

Inizialmente il risultato di questo invecchiamento è lo squilibrio nella maturazione dei follicoli.

Il follicolo non riesce più a svilupparsi normalmente, non raggiunge la maturità sufficiente per potersi avere l'ovulazione. Diminuisce così la produzione del progesterone che non può più «contrastare» l'azione degli estrogeni che restano i soli ormoni in azione. Il risultato sono le irregolarità del ciclo che possono caratterizzare la premenopausa (mestruazioni molto abbondanti e irregolari).

Progressivamente diminuisce anche la produzione di estrogeni e le mestruazioni scompaiono.

Il perchè vi siano grandi differenze da donna a donna è dovuto alla differenza naturale e biologica che c'è fra tutti gli esseri. Si ritiene che vi sia anche una certa familiarità (età in cui la madre ha avuto la menopausa) fumo, attività fisica, alimentazione.

A ciò bisogna aggiungere l'influenza della psiche, fattore ovviamente difficile da quantificare, ma di estrema importanza non solo nel essere concausa di questi fenomeni (non bisogna dimenticare che a capo della sequenza ormonale semplificata vi sono degli ormoni prodotti da una ghiandola situata nel cervello e a sua volta influenzata da un'altra ghiandola nel cervello: semplice vero?) ma anche per essere determinante nell'accettazione nell'elaborazione del susseguirsi di questi importanti cambiamenti fisici.

Vediamo da vicino quello che succede in conseguenza alla diminuzione degli estrogeni a livello psichico e fisico:

1 Libido

Il cambiamento della vita sessuale della donna, col passare attraverso questo sconvolgimento ormonale, è forse in parte dovuto all'invecchiamento «mentale» della persona, ma grande importanza e, a mio parere, fondamentale importanza, rivestono tutti i fattori a côté, cioè relativi all'effetto che la diminuzione degli ormoni ha sugli organi deputati al rapporto sessuale (vulva, vagina eccetera).

A ciò vanno aggiunte delle concause non meno importanti come la posi-

zione della società nei confronti della sessualità della donna (in generale) figuriamoci della donna non più giovane; e naturalmente il partner che la donna ha al suo fianco, forse anch'egli non più giovane forse con delle malattie, o forse, più comunemente, con l'idea che ormai «siamo vecchi e queste cose non si fanno più»

2 Disturbi neuro vegetativi

vampate, sudorazioni, nervosismo, irritabilità, depressione, insonnia, batticuore / (rapporto stretto con 1)

3 Disturbi del ciclo (organo bersaglio: l'utero)

ciclo irregolare, abbondante, fino a sparire

4 Disturbi organici:

vulva vagina: progressivo assottigliamento della mucosa, aumento della fragilità (dolori durante i rapporti), della sensibilità alle infezioni.

sistema urinario: aumentata tendenza alle infezioni per l'assottigliamento delle mucose e diminuzione della resistenza. Diminuzione del tonico della muscolatura perineale con tendenza all'incontinenza

cute: diminuzione dell'elasticità con progressiva comparsa delle rughe per effetto dell'aumento di altri ormoni con azione «maschile» comparsa dell'acne, peli, perdita di capelli

5 Disturbi metabolici

aumento del peso +/- nel 50% delle donne

aumento della pressione
aumento dei grassi nel sangue (colesterolo) (15 anni più tardi rispetto agli uomini)

esiste un indiscusso effetto protettore esercitato dagli estrogeni sul sistema cardiocircolatorio femminile, effetto che viene diminuito per esempio dal tabacco e dalla caffeina.

diminuzione della densità ossea per perdita del calcio (estremamente influenzabile dalle abitudini di vita, come l'alimentazione, il movimento, il fumo, l'alcool)

Insisto nuovamente nel dire che non tutte le donne sono toccate allo stesso modo da questi disturbi e che possono avere un'intensità molto variabile. Molto si può fare con una buona igiene di vita (movimento, alimentazione, svaghi e nuovi interessi). □