



La gestion de l'HTA chez les femmes ménopausées :

Etude des traitements hormonaux substitutifs et de leur influence sur la pression artérielle

O. Guellati^{1,*}, O. Guellati¹, M. Miadi¹, H. Djemil¹.

¹Chu Annaba - Annaba (Algérie)

*Auteur(s) correspondant(s).

Adresse email : guellati.ouafaa@gmail.com (O.Guellati)

introduction

- la ménopause est une étape physiologique de la vie de la femme, correspondant à l'arrêt définitif du fonctionnement ovarien
- celui-ci induit une carence estrogénique, dont les conséquences sont multiples
- Le risque d'hypertension artérielle (HTA) augmente avec l'âge mais avec des différences selon le sexe
- l'incidence des maladies cardio-vasculaires chez la femme est beaucoup plus faible que chez l'homme, puis augmente rapidement après la ménopause

matériels et méthodes

Nous nous référons à des publications retrouvées sur les bases de données Medline, via les moteurs de recherche Pubmed, nous sélectionnons les articles après évaluation de leur pertinence en accord avec les objectifs de notre guide pratique

Mots clés : ménopause, traitement hormonal de ménopause THM, risque cardiovasculaire, hypertension artérielle

résultats

Nous avons retrouvé 20 articles sur la base de données Medline. Ces démarches ont été réalisées en novembre 2023, toute la documentation a été sélectionnée selon son intérêt pour notre travail. Dans notre étude, nous avons retrouvé :

Les études ont montré qu'à âge égal, il y a plus d'HTA chez les femmes ménopausées que chez les femmes non ménopausées.

L'HTA de la ménopause (ou « post ménopausique ») est une vraie maladie chronique multifactorielle.

Sur le plan physiopathologique, une interaction complexe se joue entre les facteurs génétiques, les facteurs environnementaux, les facteurs psychosociaux, la carence progressive en oestrogènes, les systèmes de régulation de la pression artérielle (système rénine-angiotensine-aldostérone (SRA), système nerveux sympathique (SNS), natriurèse de pression), les modifications vasculaires et l'inflammation systémique. Cette HTA, à prédominance systolique, associe une dysfonction endothéliale, un épaissement vasculaire et par voie de conséquence une rigidité artérielle accrue avec baisse de la compliance artérielle.

L'effet de la carence hormonale sur la pression artérielle est plus important au début de la ménopause et s'atténue pour laisser place à l'effet âge.

L'HTA n'est pas une contre-indication au THM, il n'y a pas de preuve en faveur d'une classe particulière d'anti-HTA.

CONCLUSION

- ❖ La ménopause est une période importante de la vie des femmes et nécessite une prise en charge régulière afin de surveiller et prévenir les complications du vieillissement induites par l'hypoestrogénie, mais aussi afin de traiter les symptômes gênants.
- ❖ L'évaluation constante de la balance bénéfique / risque du THM implique une remise en question fréquente des recommandations des différentes sociétés savantes à ce sujet.

Le traitement hormonal de ménopause et hypertension artérielle :

- ❖ les études d'observation initiales, notamment la Nurse's Health Study, montrent chez les femmes sous THM par rapport aux non-utilisatrices une diminution de la morbi-mortalité cardio-vasculaire.
- ❖ l'étude WHI (Women's Health Initiative) montre que le délai de l'instauration du traitement par rapport à la date de la ménopause fait toute la différence. Avant 10 ans de délai, le traitement hormonal est favorable. En revanche, au-delà de 10 ans après la survenue de la ménopause, il est associé à un excès de risque cardiovasculaire. Reste que le progestatif utilisé dans WHI, la médroxyprogestérone, porte une grande part du sur-risque.
- ❖ D'après les nouvelles données de WHI à 10 ans, les estrogènes du THM s'inscrivent bien dans la continuité des estrogènes naturellement synthétisés avant la ménopause, et leur effet est bénéfique. En revanche, 10 ans après la ménopause, les estrogènes du THM deviennent délétères car ils arrivent chez une femme qui a perdu une grande part de ses récepteurs aux estrogènes.
- ❖ selon les recommandations de la Société Française d'Hypertension Artérielle :
 - ✓ Chez une femme hypertendue ménopausée n'ayant pas de symptômes climatiques, il n'est pas recommandé d'initier un THM.
 - ✓ Chez une femme hypertendue ménopausée ayant des symptômes climatiques, il est recommandé de discuter au cas par cas le THM avec le médecin généraliste ou le gynécologue en vérifiant l'absence de contre-indications, en particulier, cardio-vasculaires et gynécologiques.
 - ✓ Il est recommandé de considérer les éléments suivants pour évaluer le risque cardio-vasculaire lié à l'instauration d'un THM : l'âge de la patiente (> 60 ans), l'ancienneté de la ménopause (> 10 ans), l'absence de contrôle tensionnel et un niveau de risque cardio-vasculaire élevé à très élevé.
 - ✓ Il n'est pas recommandé de prescrire un THM (voie orale ou transdermique) chez une femme hypertendue à risque cardio-vasculaire élevé ou très élevé, quel que soit son âge et l'ancienneté de sa ménopause.
 - ✓ En cas de prescription d'un THM : il est recommandé d'évaluer annuellement avec le médecin traitant ou le gynécologue les bénéfices (réduction des symptômes climatiques) et les risques (cardio-vasculaires métaboliques, gynécologiques) chez la femme hypertendue utilisant un THM.

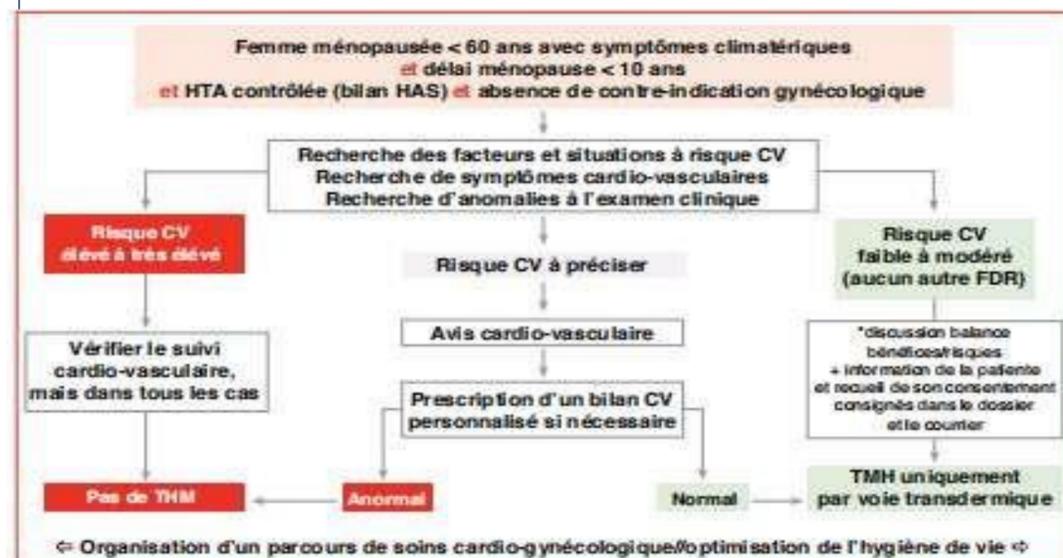


figure 1: Algorithme d'aide à la prescription du traitement hormonal de ménopause (THM) chez la femme hypertendue avec symptômes climatiques, selon la catégorie de risque cardio-vasculaire (CV)