

Chaos hormonal

Sibil Tschudin

Universitätsspital Basel, Abteilung Gynäkologische Sozialmedizin/Psychosomatik

Un chaos hormonal peut survenir lorsque l'équilibre hormonal se dérègle de lui-même, mais aussi lorsque les patientes ressentent l'action d'une hormone comme chaotique, ou que leurs médecins la classifient de cette manière. Le présent article approfondit cette problématique relative aux hormones sexuelles féminines selon le point de vue d'une gynécologue à orientation psychosomatique.

Le chaos des hormones sexuelles féminines

Certaines femmes, ainsi que leurs conjoints, leurs familles, leurs collègues et potentiellement aussi leurs médecins, ont parfois l'impression que les hormones sexuelles féminines s'emmêlent. Il s'agit là de manière typique de phases de transition caractérisées par des modifications du taux sanguin des hormones sexuelles. Ce sont bien évidemment la puberté et la ménopause, marquant le début et la fin de la phase reproductive, mais également d'autres périodes de la vie soumises à des modifications hormonales telles que la grossesse. La femme est par ailleurs confrontée tous les mois aux variations hormonales du cycle ovarien. Le présent article se focalise sur les phénomènes qui surviennent de manière typique en cas de chute hormonale, et particulièrement en cas de chute du taux d'œstrogènes. C'est le cas d'une part dans la phase lutéale de tout cycle menstruel et, d'autre part, après l'accouchement, c'est-à-dire lors de la phase du post-partum, ou encore au cours de la périménopause. Toutes ces phases présentent un risque accru de troubles dépressifs. Du fait que les hormones sexuelles, et en premier lieu les œstrogènes, exercent une influence sur les neurotransmetteurs et en raison également du rôle neuroprotecteur attribué aux œstrogènes, cela n'est guère étonnant [1]. D'autre part, outre les facteurs hormonaux endogènes, la personnalité et les facteurs psychosociaux jouent un rôle déterminant quant à la survenue d'une dépression.

Le syndrome prémenstruel

D'un point de vue étiologique, les répercussions des variations hormonales sur le métabolisme de la sérotonine semblent être déterminantes chez les femmes concernées. En tenant compte de facteurs psychosociaux supplémentaires, on parvient à la thèse la plus communément partagée à ce jour:

Le syndrome prémenstruel est le résultat d'un mécanisme complexe entretenu en partie par le système sérotoninergique, déclenché par l'ovulation et renforcé par des facteurs extérieurs [2].

Des études épidémiologiques issues pour la plupart du monde anglo-saxon ont montré que parmi 100 femmes:

- 90 présentent au moins un symptôme prémenstruel
- 30 souffrent d'un SPM (syndrome prémenstruel) avec des symptômes moyennement prononcés
- 3-8 souffrent d'un véritable TDPM (trouble dysphorique prémenstruel) avec des symptômes marqués, à prédominance psychique.

En Europe, le TDPM semble être plus rare. L'utilisation d'un outil de dépistage validé entre-temps a révélé que, parmi 3522 femmes ayant participé à l'Enquête suisse sur la santé en 2007, 90% présentaient au moins un symptôme, 10,3% souffraient d'un SPM et 3,1% répondaient aux critères d'un TDPM [3]. Le fait que le syndrome prémenstruel n'apparaisse pas partout avec la même fréquence pose la question de savoir s'il survient effectivement à une fréquence inégale ou s'il est simplement perçu différemment selon les régions observées. L'enquête mentionnée a également fourni des repères à ce sujet.

Dépression périménopausale

Les dépressions surviennent plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Toujours d'après l'Enquête suisse sur la santé de 2007, les troubles dépressifs sont deux fois plus fréquents chez les femmes et c'est chez les femmes de 45-55 ans (périménopausées) que la prévalence de la dépression est la plus élevée (fig. 1).

Dépression post-partum

Le fait que de nombreuses femmes souffrent de «baby blues» dans les jours suivant l'accouchement est un phénomène connu depuis longtemps. On continue cependant à ne pas accorder suffisamment d'attention

Relation principale au congrès CMPR 2015 à Lucerne

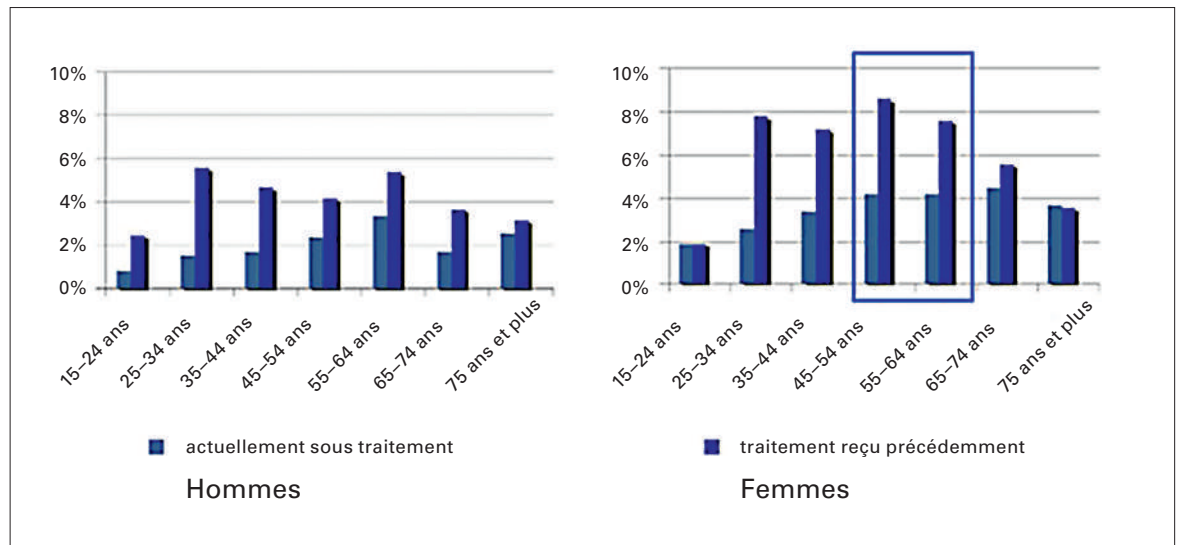


Figure 1: Traitement médical de la dépression en fonction du sexe et de l'âge en % de la population à partir de l'âge de 15 ans. (Source: Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé 2007)

au fait qu'une dépression à caractère véritablement pathologique puisse parfois se développer dans les semaines suivant l'accouchement. Bien souvent, les symptômes dépressifs ne surviennent pas seulement à la suite de l'accouchement mais ils se manifestent déjà durant la grossesse. D'après les études disponibles à ce jour, la prévalence de la dépression chez les femmes enceintes s'élève à 10–12%; une étude de population britannique, de type prospectif et longitudinal, menée auprès de 8323 femmes enceintes, a même révélé une prévalence plus élevée pendant la grossesse que le post-partum [4]. Par conséquent, le terme de dépression périnatale est désormais préféré à celui de dépression post-partum.

Liens entre syndrome prémenstruel et dépression

Partant du principe qu'une sensibilité accrue aux variations et aux chutes hormonales pourrait être déterminante chez les personnes concernées, se pose naturellement la question du lien entre les trois tableaux dépressifs. Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, des données concernant la SPM/TDPM et aussi la dépression ont été recueillies au moyen d'outils validés, ce qui a permis de tirer des conclusions en matière de comorbidité [5]. Les dépressions majeures étaient de fait quatre fois plus fréquentes chez les femmes souffrant de TDMP que chez les femmes ne présentant pas de syndrome prémenstruel (24,6 vs 6,2%). Les femmes présentant un TDMP associé à une dépression voyaient leur humeur généralement très affectée et semblaient subir un stress psychique considérable. Il existe également des éléments indiquant un lien entre syndrome prémenstruel et dépression périnatale. Une étude de

cohorte réalisée parmi la population suédoise a montré qu'un syndrome prémenstruel préexistant était associé à une dépression déclarée par les participantes à cinq jours, six semaines et six mois post-partum [6]. L'association entre syndrome prémenstruel et dépression post-partum observée à 5 jours après l'accouchement, qui correspond au moment de la chute rapide des taux d'œstrogènes et de progestérone, était plus forte qu'aux autres moments de mesure, ce qui permet d'envisager l'existence d'un mécanisme physiopathologique commun aux deux phénomènes. Certains éléments plaident donc en faveur de liens. Cela se reflète également dans les facteurs de risque qui se recoupent (voir tab. 1 et 2) [3, 7].

Approche médicale

Selon ce qui est décrit jusqu'ici, les variations hormonales vécues comme chaotiques et leurs conséquences semblent être régies par un schéma sous-jacent

Tableau 1: Facteurs de risque de la dépression périnatale (d'après Yonkers K, et al. 2011 [7]).

Anamnèse

Troubles affectifs dans les antécédents personnels
Agression sexuelle au cours de l'enfance
Antécédents familiaux positifs

Facteurs sociodémographiques

Jeune âge
Faible niveau de formation
Multiparité

Facteurs de stress chroniques

Conflits au sein du couple
Problèmes socio-économiques
Problèmes de logement
Soutien social insuffisant

Tableau 2: Facteurs de risque du syndrome prémenstruel (d'après Tschudin S, et al. 2010 [3]).

Anamnèse

Troubles affectifs
Dépression post-partum
Humeur dépressive sous contraceptifs oraux combinés
Antécédents familiaux positifs de troubles affectifs

Facteurs sociodémographiques

Age reproductif avancé
Statut marital (célibataire)
Ethnie

Facteurs de stress chroniques

Souffrance psychique
Mauvais état de santé général

bien ordonné. La question est désormais de savoir comment nous, médecins, devons agir pour réguler et soulager.

De nombreuses femmes ont toujours du mal à s'avouer à elles-mêmes ainsi qu'à leur entourage qu'elles ressentent des symptômes dépressifs pendant la grossesse ou à l'issue de l'accouchement. Par ailleurs, le lien entre le cycle menstruel et les troubles psychiques caractéristiques du TDMP demeure souvent ignoré pour une longue période de temps par les femmes qui en souffrent. Certains médecins n'envisagent pas toujours suffisamment l'éventualité que les femmes périménopausées se plaignant de troubles climatiques et de pertes de libido puissent également souffrir d'une dépression. C'est pourquoi il est crucial que les médecins soient au fait de ces aspects et demeurent attentifs à tout signe ou indice pointant dans cette direction.

Dépistage

Comme les troubles dépressifs décrits sont assez fréquents et restent parfois ignorés assez longtemps, la question se pose de savoir s'il ne serait pas judicieux de procéder à un véritable dépistage. Un procédé de dépistage a été établi pour la dépression périnatale et nous l'avons également introduit dans notre service d'obstétrique: à des fins de dépistage, nous posons à nos patientes enceintes les deux questions suivantes, en règle générale pendant le deuxième trimestre de la grossesse ou bien, si cela n'a pas été possible, à un stade ultérieur de la grossesse ou après l'accouchement:

- 1 Vous êtes-vous souvent sentie déprimée, triste, abattue ou désespérée au cours du mois dernier?
- 2 Avez-vous ressenti, le mois dernier, nettement moins de plaisir et d'envie au sujet d'activités que vous appréciez d'habitude?

Dans le cas d'une réponse positive à au moins une des deux questions, nous avons recours à l'Échelle de dépression post-partum d'Edimbourg (EPDS) [8, 9]. Si le score s'élève à ≥ 10 , une dépression est suspectée

et il convient de procéder alors à une mise au point et, le cas échéant, de proposer un accompagnement ou un traitement.

Il existe en principe un questionnaire de dépistage validé en allemand pour le syndrome prémenstruel mais jusqu'à présent, celui-ci a été utilisé surtout au cours d'études cliniques et beaucoup moins pour l'exercice clinique au quotidien. Par conséquent, dans le cas du syndrome prémenstruel et de la dépression périménopausale, il est essentiel que les médecins de famille et les gynécologues continuent à poser à leurs patientes des questions pertinentes à ce sujet.

Diagnostic

L'anamnèse constitue la priorité absolue en matière de diagnostic pour tous les troubles dépressifs. Il est essentiel de déceler les éventuels facteurs de risque (voir tab. 1 et 2). Étant donné que les taux hormonaux chez ces patientes ne diffèrent pas de ceux de femmes ne souffrant pas de ces troubles, les analyses hormonales ne sont généralement d'aucune aide. La détermination du niveau de TSH permet éventuellement de détecter une hypothyroïdie. Dans le cadre du syndrome prémenstruel, le relevé prospectif des symptômes à l'aide d'un journal des cycles (voir fig. 2) est crucial pour distinguer ce tableau clinique d'une éventuelle dépression sous-jacente.

Thérapie

En ce qui concerne les options thérapeutiques, il convient de s'interroger sur l'apport respectif des mesures d'accompagnement et des médicaments (antidépresseurs de la classe SSRI et hormones) pour chacun des trois tableaux cliniques de troubles. Le tableau 3 en propose une vue d'ensemble. Il faut garder à l'esprit que les hormones jouent un rôle secondaire. Elles ne sont employées qu'exceptionnellement pour le syndrome prémenstruel. Elles sont de nos jours obsolètes pour la dépression post-partum et ne devraient être utilisées qu'en association avec d'autres mesures thérapeutiques et uniquement en cas de troubles climatiques nécessitant un traitement.

Étant donné le tabou pesant toujours sur ces troubles cliniques, qui en plus font généralement l'objet de trop peu d'attention de la part des médecins, il est d'autant plus nécessaire de respecter les principes suivants lors de la prise en charge:

- approche empathique et respectueuse
- aide à l'autonomie
- continuité de la prise en charge

Il est par ailleurs décisif que les divers personnels soignants se coordonnent entre eux et s'entraident de manière optimale, en prenant conscience et en tenant compte de leurs limites respectives.

Instructions:
 Inscrivez chaque jour dans le journal des cycles comment vous vous sentez. Si vous ressentez des douleurs, notez-les au moyen des abréviations suivantes.

D = Dépression, désespoir
 P = Peur, tension
 I = Irritabilité
 F = Fatigue

B = Ballonnements
 N = Nausées
 L = Modification de la libido
 A = Modification de l'appétit

S = Troubles du sommeil
 M = Tension mammaire
 MT = Maux de tête
 DM = Douleurs menstruelles
 X = Saignements menstruels

Calendrier

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Figure 2: Journal des cycles.

Tableau 3: Vue d'ensemble des options thérapeutiques en cas de syndrome prémenstruel, de syndrome périnatal ou de dépression péri-ménopausale.

	Mesures d'accompagnement	SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)	Hormones
SPM/TDMP	Modification du mode de vie (Sport, régime) Techniques de relaxation Thérapies comportementales et cognitives	De manière cyclique Eventuellement en continu Faible dosage «Titré» (sous forme de gouttes)	Suppression du cycle ovarien (analogues de GnRH, œstradiol, danazole)
Dépression périnatale	Mesures d'aide sociale Techniques de relaxation Thérapies comportementales et cognitives Luminothérapie	Pas d'augmentation du taux de malformations De préférence sertraline ou citalopram	Œstrogènes à forte dose
Dépression péri-ménopausale	Modification du mode de vie Techniques de relaxation Thérapies comportementales et cognitives	En continu	THS (traitement hormonal substitutif)

Bilan

- Les modifications et les fluctuations des hormones sexuelles féminines marquent les phases de la vie et du cycle de la femme et peuvent déclencher ou contribuer à causer des troubles dépressifs chez les sujets prédisposés. En premier lieu figurent le syndrome prémenstruel, la dépression périnatale et péri-ménopausale.
- Etant donné le tabou qui pèse toujours sur ces troubles cliniques et compte tenu de leur forte prévalence, il convient pour les gynécologues et les médecins de famille d'y attacher une attention particulière.
- Il existe d'une part des possibilités de dépistage, comme dans le cas de la dépression périnatale, et d'autre part diverses options thérapeutiques.
- La détection et la prise en charge précoce peuvent empêcher les troubles de s'installer de manière chronique.

Disclosure statement

L'auteur n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

1 Herbert K. Was macht Frauen krank? Ursachen und Riskofaktoren, in Frauengesundheit – Ein Leitfaden für die ärztliche und psycho-

therapeutische Praxis, B.J. Riecher-Rössler A, Editor. München: Elsevier; 2005.

2 Tschudin S. Die Frau mit prämenstruellem Syndrom, in Frauengesundheit – Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis, B.J. Riecher-Rössler A, Editor. München: Elsevier; 2005.

3 Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Arch Womens Ment Health. 2010;13(6):485–94.

4 Heron J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Dis. 2004;80(1):65–73.

5 Forrester-Knauss C, et al. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: results from a population-based sample. BMC Public Health. 2011;11:795.

6 Sylven SM, et al. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(2):178–84.

7 Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. Obstet Gynecol. 2011;117(4):961–77.

8 Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1987;150:782–6.

9 Whooley MA, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439–45.

Correspondance:
 PD Dr Sibyl Tschudin
 Universitätsspital Basel
 Abteilung Gyn. Sozial-
 medizin/ Psychosomatik
 Spitalstrasse 21
 CH-4031 Basel
 sibil.tschudin[at]usb.ch