

Bouffées vasomotrices atypiques



R. Bessa
Service de Chirurgie et Cancérologie Gynécologique,
Unité de Gynécologie médicale
Hôpital Cochin-Port-Royal AP-HP, PARIS

RÉSUMÉ : La survenue de bouffées vasomotrices (BVM), comprenant les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, est très fréquente lors de la ménopause. Leur expression peut être très variable d’une femme à l’autre en termes de temporalité d’apparition, de sévérité, de fréquence ou de durée. Elles correspondent à une sensation soudaine de chaleur débutant dans le haut du corps accompagnée de sueurs profuses. Les BVM durent en moyenne 5 à 7 ans, mais peuvent parfois persister plus de 15 ans après la ménopause [1]. Elles peuvent être favorisées par les émotions, la consommation d’alcool, les températures élevées, l’alimentation épicée. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) permet une diminution de la fréquence et de la sévérité des BVM [2].

Les BVM atypiques sont des entités cliniques pour lesquelles il n’existe pas, à l’heure actuelle, de consensus sur des critères diagnostiques.

Elles doivent être évoquées dans les situations suivantes :
– persistance des BVM malgré un THM adapté et bien conduit ;

- apparition ou réapparition des BVM à distance de la ménopause ;
 - modification des BVM habituelles ;
 - BVM associées à d’autres signes fonctionnels tels que : céphalées, palpitations, malaises, diarrhées, poussées hypertensives.
- Différentes pathologies endocriniennes, infectieuses, tumorales ou systémiques

peuvent être à l’origine de bouffées de chaleur ou de sueurs nocturnes. Des causes iatrogènes doivent systématiquement être recherchées à l’interrogatoire. Ces étiologies sont résumées dans le **tableau I**.

■ Cas clinique

Mme L., 68 ans, rapporte une persistance de bouffées de chaleur depuis la ménopause, survenue à l’âge de 53 ans.

Elle a pour antécédents une dyslipidémie traitée et une hypothyroïdie traitée par Levothyrox 125 µg/jour. Obésité grade I avec un IMC à 31 kg/m².

Mme L. est retraitée, a 4 enfants, ne rapporte pas d’intoxication alcoolotabagique, et n’a pas d’activité physique. Elle ne consomme pas de café ni de thé, l’alimentation n’est pas épicée.

Un THM avait été introduit à 53 ans en raison d’un syndrome climatérique invalidant, et avait permis une disparition des BVM. Le traitement initial comprenait deux pressions d’estradiol 0,5 mg/dose gel associées à l’utrogestan 200 mg selon un schéma combiné continu. À 62 ans, après 9 ans d’utilisation, une diminution progressive du THM a été proposée,

Iatrogène	Alimentaire	Endocrinienne	Infectieuse	Tumorale	Autres
Antémétiques (métoclopramide), antibiotiques (vancomycine, rifampicine, métronidazole), AINS, inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole), vasodilatateurs, inhibiteurs calciques (nifédipine, vérapamil, diltiazem), opiacés, tamoxifène, inhibiteurs de l’aromatase	Alimentation riche en nitrites ou sulfites, nourriture épicée, glutamate de sodium, consommation d’alcool	Hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, acromégalie, hypoglycémie fonctionnelle, insulino-résistance	Tuberculose, autres pathologies infectieuses pourvoyeuses de fièvre	Lymphome, gammapathie monoclonale, phéochromocytome, carcinome médullaire de la thyroïde, tumeur neuroendocrine (syndrome carcinoïde), carcinome rénal à cellules claires	Mastocytose, rosacée au stade vasculaire

Tableau I : Étiologies des BVM atypiques, d’après les RPC 2021 du CNGOF-GEMVI [2].

jusqu'à l'arrêt complet, à 64 ans, sans recrudescence des BVM. À l'âge de 68 ans, la patiente rapporte une réapparition des BVM à type de bouffées de chaleur diurnes, 10 épisodes environ par jour, sans facteur déclenchant identifié.

Mme L. ne rapportait pas de palpitations, de malaise, de flush, de fièvre, ni de trouble du transit. Le contexte n'était pas évocateur d'un risque de contagage tuberculeux.

L'examen clinique ne montrait pas d'hypertension artérielle. L'état général était conservé. À l'examen clinique : auscultation cardio-pulmonaire sans particularité, notamment pas d'arythmie, pas de souffle. L'abdomen est souple, sans masse palpable. Pas d'adénopathie palpable dans les zones cervicales, axillaires, sus-claviculaires et inguinales. Thyroïde de taille normale, pas de goître, ni de nodule palpable. Pas de lésions cutanées.

Les explorations complémentaires réalisées selon la proposition des recommandations pour la pratique clinique (RPC) du Collège national des gynécologues

et obstétriciens français (CNGOF) et du Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVi) (**tableau II**) ont mis en évidence une élévation de la chromogranine A à 505 µg/L (norme < 102). Le reste du bilan est normal.

Devant l'élévation de la chromogranine A, une automédication est de nouveau recherchée et l'interrogatoire rapporte une prise d'ésoméprazole pour un reflux gastro-œsophagien, qui n'avait pas été signalée initialement. Le dosage est recontrôlé après 15 jours à compter de l'arrêt du traitement et montre une normalisation de la chromogranine A. La patiente a par ailleurs notifié une amélioration des BVM.

■ Conclusion

Le diagnostic de BVM atypiques nécessite une anamnèse précise sur l'apparition, le mode d'expression et les éventuelles manifestations associées. Chez les patientes utilisatrices d'un THM, il est essentiel de vérifier l'observance avant d'envisager la réalisation d'explorations complémentaires.

Les RPC 2021 du CNGOF-GEMVi ont proposé des examens à réaliser en première et deuxième intention, mais les données actuelles de la littérature scientifique ne permettent pas d'établir de consensus sur un arbre diagnostique.

La prise d'inhibiteur de la pompe à protons est une situation pouvant être à l'origine d'une élévation de la chromogranine A *via* une baisse de l'acidité gastrique induisant une hypergastrinémie. Cette prise médicamenteuse n'étant pas toujours spontanément rapportée, il est indispensable de la rechercher systématiquement lors de l'anamnèse. Le dosage de la chromogranine A doit être recontrôlé après un délai minimal de 10 jours avant d'envisager l'hypothèse d'une tumeur neuroendocrine. En cas de doute et en deuxième intention, le taux de 5-HIAA sur les urines des 24 h n'est quant à lui pas impacté par la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons.

La prise en charge des BVM atypiques implique la mise en place d'un traitement adapté si une cause est retrouvée. Si le bilan est normal, la prise en charge rejoint celle des BVM classiques avec une adaptation ou introduction du THM en l'absence de contre-indication, ou d'autres alternatives pharmacologiques ou non pharmacologiques.

Bibliographie

1. AVIS NE, CRAWFORD SL, GREENDALE G *et al.* Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*, 2015;175:531-539.
2. MAITROT-MANTELET L, PEROL S, PLU-BUREAU G. Diagnostics différentiels des bouffées vasomotrices postménopausiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2021;49:329-334.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Examens de 1 ^{re} intention	Examens de 2 ^e intention <i>Selon points d'appel clinique et résultats du bilan de 1^{re} intention</i>
NFS, CRP, LDH	IGF-1
Électrophorèse des protéines plasmatiques	Cortisol libre urinaire des 24 h
TSH, thyrocalcitonine	HGPO sur glycémie, insulémie et GH
PTH, calcémie, albuminémie	Marqueurs de tumeurs carcinoïdes (5-HIAA urinaire, sérotonine plasmatique, VIP)
Métanéphrines libres plasmatiques +/- urinaires sur 24 h	Quantiféron
Chromogranine A	Dosage tryptase, histamine urinaire des 24 h
Glycémie et insulémie à jeun et postprandiale	TDM TAP
+/- radiographie thoracique	Consultation spécialisée si point d'appel neurologique ou dermatologique

Tableau II : Examens complémentaires proposés en cas de BVM atypiques, d'après les RPC 2021 du CNGOF-GEMVi [2].