

Endométriose

Transition ménopausique



GEDEON RICHTER



Préambule

L'endométriose est une maladie chronique qui peut débuter dès l'adolescence et se poursuivre jusqu'à la ménopause.

L'incidence de l'endométriose après la ménopause rapportée dans la littérature est d'environ 2 à 5 %. Dans quelques rares cas, l'endométriose postménopausique a été décrite chez des femmes sans antécédent d'endométriose avant la ménopause¹.

L'endométriose est donc une maladie chronique qui s'inscrit dans la durée. Elle est également évolutive et hormono-dépendante : son activité et ses symptômes sont influencés par les variations hormonales ovariennes.

Or, les niveaux d'hormones féminines évoluent tout au long de la vie : à l'adolescence, pendant la grossesse, au moment de la transition ménopausique (appelée périménopause) et à la ménopause¹.

Dans cette brochure, nous nous intéresserons plus particulièrement à la périménopause et à la ménopause, deux périodes de la vie des femmes marquées par d'importantes fluctuations hormonales, susceptibles d'impacter l'évolution et les symptômes de l'endométriose.

Cette brochure ne remplace pas un avis médical. Elle vise à soutenir la compréhension, faciliter les discussions avec les professionnels de santé et rappeler que les expériences sont variables.



ADOLESCENCE
Début possible
des symptômes

- Règles douloureuses
- Fatigue, douleurs pelviennes



ADULTE
Vie active

- Gestion de la maladie



GROSSESSE
Symptômes
variables

Amélioration
ou aggravation
possible



PÉRIMÉNOPAUSE
Fluctuations
hormonales

- Fluctuations des symptômes
- Suivi et adaptation



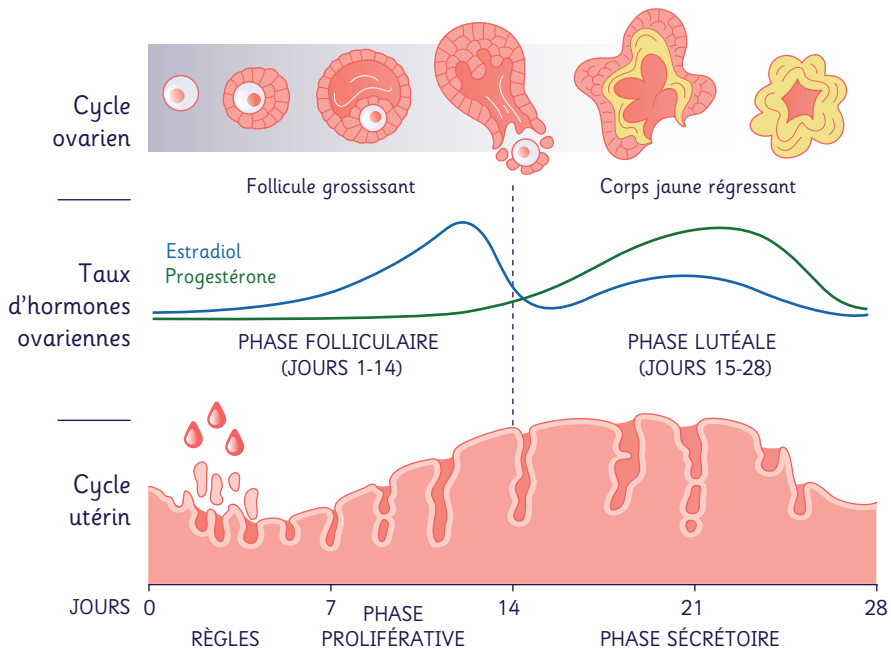
MÉNOPAUSE
Persistance
possible

Dans 2 à 5% des
cas : persistance
des symptômes

Comprendre le rôle des hormones dans le cycle menstruel

L'équilibre hormonal féminin repose sur deux hormones principales : **l'estradiol et la progestérone.**

Leur taux respectif évolue au cours du cycle menstruel permettant, grâce à un taux élevé d'estradiol, la maturation d'un ovocyte (=ovule) et, grâce à un taux élevé de progestérone, le développement de la paroi de l'utérus (= l'endomètre), pour permettre une éventuelle implantation d'un embryon s'il y a eu fécondation².



L'estradiol produit par les ovaires augmente pendant la première moitié du cycle.

Il y a un pic lors de l'ovulation, puis les taux redescendent environ de moitié. Après la période d'ovulation, la progestérone, produite par le corps jaune (cicatrice ovarienne de l'ovulation) devient dominante².

S'il n'y a pas de fécondation et donc pas de grossesse, le corps jaune dégénère. Par conséquent, les taux de ces deux hormones chutent et cela déclenche les règles. S'il y a eu fécondation, les taux des deux hormones augmentent progressivement sous l'effet de l'hCG, une hormone fabriquée par l'embryon puis par le placenta².

Que se passe t-il au moment de la ménopause ?

La ménopause est une étape naturelle de la vie marquée par l'arrêt définitif des règles.

Elle correspond à un **arrêt de l'activité des ovaires, avec une baisse des hormones (estradiol et progestérone) et l'arrêt de l'ovulation.**

La ménopause est confirmée lorsque les règles sont absentes pendant au moins 12 mois consécutifs chez une femme d'au moins 40 ans³.

Le passage vers la fin de la période reproductive se déroule en plusieurs étapes :

PÉRIMÉNOPAUSE (= phase de transition)

La périménopause est la **période de transition qui précède la ménopause.** Elle correspond à une diminution progressive, mais souvent anarchique, de l'activité ovarienne.

Elle débute généralement 2 à 4 ans avant l'arrêt définitif des règles, avec des premiers changements perçus souvent autour de 47 ans³.

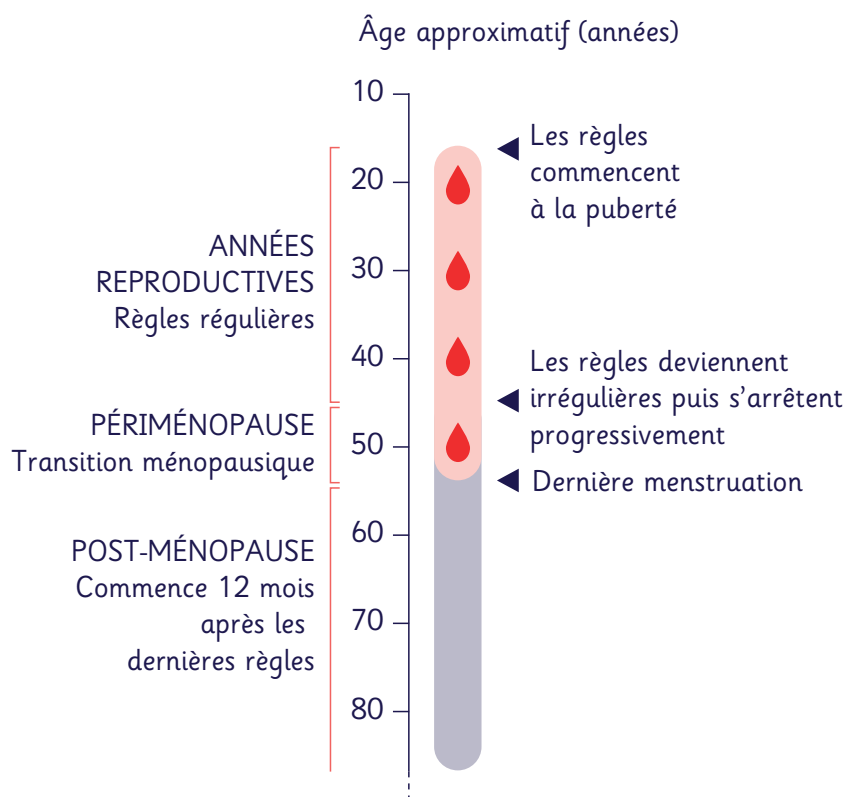
MÉNOPAUSE NATURELLE (= arrêt des règles)

La ménopause survient le plus souvent **naturellement entre 45 et 55 ans**, avec un âge moyen d'environ 51 ans³.

POSTMÉNOPAUSE (= après l'arrêt des règles)

La postménopause correspond à la **période qui commence après la ménopause et se poursuit pendant le reste de la vie.**

Avec l'espérance de vie des femmes dans les pays développés, on estime ainsi que les femmes vivront 1/3 de leur vie sur un statut post-ménopausique³.



La périménopause : une période de transition hormonale^(3,4)

La périménopause dure plusieurs années, avec une **durée moyenne d'environ 4 ans**, mais elle peut être plus courte ou plus longue selon les femmes.

Elle débute le plus souvent **au milieu de la quarantaine**, lorsque le **taux des hormones commence à devenir plus irrégulier**.

La périménopause s'articule en deux phases de durée variable³ :

PREMIÈRE PHASE DE LA PÉRIMÉNOPAUSE

Au début de la périménopause, **les ovaires commencent à fonctionner de façon moins régulière mais plutôt excessive**.

Les **cycles menstruels deviennent souvent plus courts** et les ovaires produisent volontiers trop d'estrogènes.

L'ovulation est par ailleurs souvent multiple et de moins bonne qualité (insuffisance lutéale définie par une sécrétion insuffisante de progestérone).

Cette période peut entraîner des symptômes liés à l'excès d'action des estrogènes (communément appelés « syndrome pré-menstruel »).

DEUXIÈME PHASE DE LA PÉRIMÉNOPAUSE

Avec le temps, **le fonctionnement des ovaires devient plus irrégulier**.

Les cycles peuvent être longs, courts ou absents pendant plusieurs mois. Les hormones fluctuent beaucoup : certaines périodes sont marquées par un manque d'oestrogènes (=hypo-estrogénie avec signes du syndrome climatérique classiquement décrit chez les femmes ménopausées), d'autres par un excès (=hyper-estrogénie avec signes du syndrome prémenstruel).

Les ovulations deviennent de plus en plus irrégulières et de moins en moins fréquentes.

Même si la fertilité diminue, **une grossesse reste possible pendant cette période**.

Symptômes pouvant apparaître pendant la périménopause

La périménopause passe parfois presque inaperçue, mais elle **se manifeste le plus souvent par des symptômes désagréables**.

Cette période s'accompagne fréquemment de symptômes avant les règles, comme des seins sensibles ou douloureux et une irritabilité.

Les premières bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes peuvent aussi apparaître^{4,5}.

SYMPTÔMES LIÉS À L'HYPER-ESTROGÉNIE ^{4,5}

- seins tendus ou douloureux
- ballonnements ou sensation de gonflement
- règles plus abondantes
- migraines et autres maux de tête
- irritabilité, anxiété ou sautes d'humeur
- aggravation possible des symptômes de l'endométriose, des fibromes utérins ou des kystes ovariens.

SYMPTÔMES LIÉS À L'HYPO-ESTROGÉNIE ^{4,5}

- bouffées de chaleur
- sueurs nocturnes
- troubles du sommeil
- sécheresse vaginale
- sécheresse cutanée
- fatigue
- baisse de libido
- variations de l'humeur
- modification de la silhouette
- douleurs articulaires et musculaires, surtout au réveil
- difficultés de concentration ou « brouillard mental »

PÉRIMÉNOPAUSE

SIGNES D'HYPER-ESTROGÉNIE

Douleurs aux seins
Irritabilité
Sensations de gonflement



SIGNES D'HYPO-ESTROGÉNIE

Bouffées de chaleur
Fatigue
Brouillard mental

L'endométriose est une maladie hormono-dépendante qui régresse généralement pendant la ménopause... mais pas toujours!

Chez les femmes souffrant d'endométriose, les **lésions similaires à de l'endomètre** (= muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus) sont **implantées à l'extérieur de l'utérus et réagissent aux fluctuations des hormones naturelles** (et principalement l'estradiol) pendant le cycle menstruel¹.

Ces lésions se comportent comme l'endomètre. Ainsi, elles **se développent, puis se dégradent et saignent durant le cycle menstruel**.

Comme le sang ne peut pas être évacué, **les tissus environnants peuvent devenir inflammatoires et sensibles**.

De mois en mois, la dégradation et les saignements peuvent aboutir à la formation de cicatrices qui peuvent générer de la douleur, essentiellement lors des règles et les quelques jours qui précèdent¹.

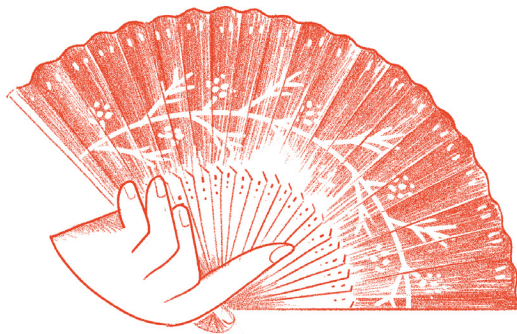
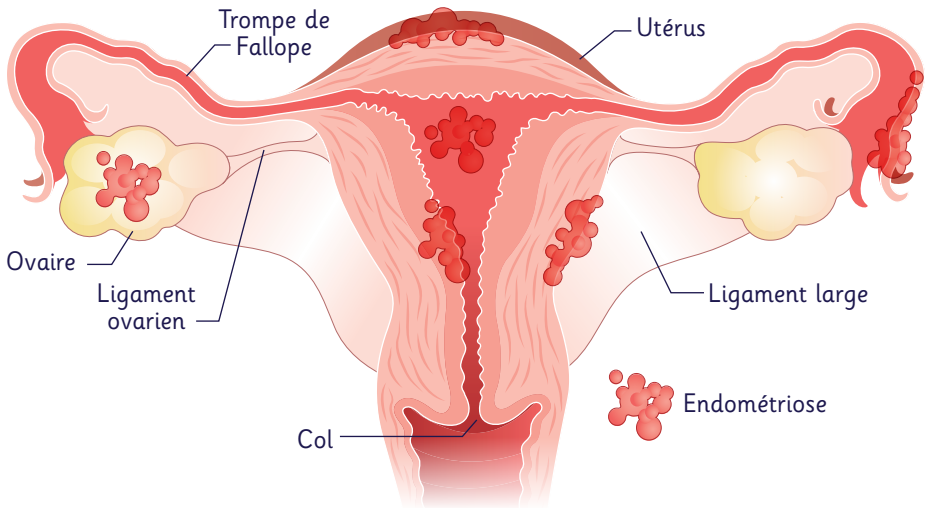


SCHÉMA DE L'ENDOMÉTRIOSE



C'est pourquoi **la période de transition ménopausique, accompagnée de variations des taux hormonaux, est susceptible de faire évoluer les symptômes de l'endométrieose et le cours de la maladie¹.**

Après la ménopause, la chute du taux d'estrogènes atténue généralement les symptômes liés à l'endométrieose, mais peut induire des symptômes spécifiques de la ménopause¹.

Pourquoi mes symptômes liés à l'endométriose peuvent-ils persister après la ménopause ?

On a supposé pendant longtemps que la ménopause, par la baisse naturelle des taux d'estrogènes, entraînerait la « régression » de l'endométriose. Cependant, des données cliniques montrent désormais que **la maladie peut persister chez certaines femmes après la ménopause**. Cette persistance serait due à de multiples facteurs, notamment des **sources d'estrogènes endogènes et exogènes**.

1. PRODUCTION D'ESTROGÈNES PERSISTANTE

Même après l'arrêt des cycles menstruels, de **faibles taux d'estrogènes continuent d'être produits** par l'organisme, notamment par la conversion périphérique des androgènes (produits par les ovaires ou des glandes comme les surrénales) en estrogènes dans des tissus autres que le tissu ovarien, comme le tissu adipeux par exemple. De plus, les lésions d'endométriose elles-mêmes peuvent exprimer une enzyme spécifique (aromatase), capable de produire localement des estrogènes à partir des androgènes. **Ces sources d'estrogènes peuvent suffire à maintenir une activité lésionnelle¹.**

2. TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE

Chez certaines femmes ménopausées, **l'administration d'estrogènes dans le cadre d'un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut réactiver des lésions d'endométriose ou stimuler des foyers résiduels**. Cet effet serait particulièrement marqué si le composé estrogénique n'est pas associé à un progestatif¹. **Votre médecin évaluera la balance bénéfice/risque de mettre en place un THM** en fonction de la sévérité de vos symptômes, de l'altération de la qualité de vie liée à ces symptômes ou en cas de risque fracturaire lié à l'ostéoporose⁶. Un THM « sans règles » sera privilégié en cas d'antécédent personnel d'endométriose¹.

3. INFLAMMATION CHRONIQUE ET DYSFONCTION DU SYSTÈME IMMUNITAIRE

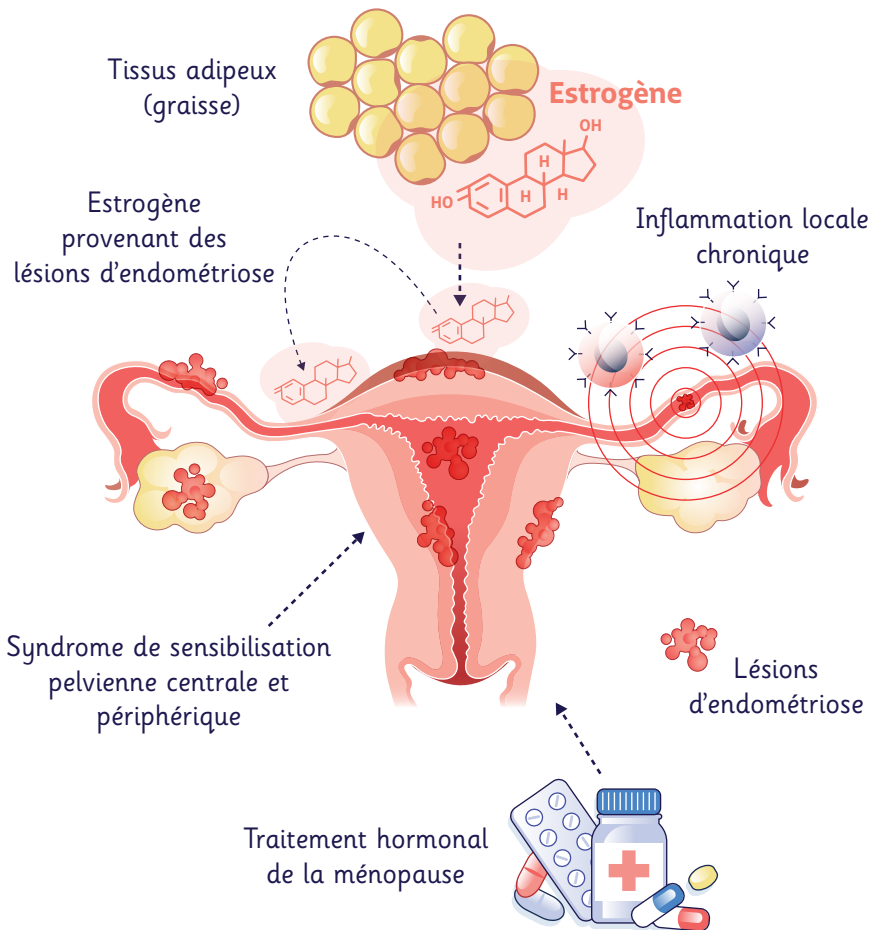
Certaines lésions d'endométriose peuvent persister même en l'absence de fluctuations hormonales importantes. **Le système immunitaire peut aussi entretenir l'activité inflammatoire des lésions d'endométriose**, indépendamment de toute stimulation hormonale car certaines cellules gardent une "mémoire" de la maladie et continuent à fonctionner anormalement¹.

4. SYNDROME DE SENSIBILISATION PELVIENNE CENTRALE ET PÉRIPHÉRIQUE ¹

Dans l'endométriose, les douleurs chroniques peuvent rendre **les nerfs de la région du bas ventre de plus en plus sensibles à la moindre stimulation** : c'est la sensibilisation périphérique.

Avec le temps, **le cerveau et la moelle épinière peuvent aussi amplifier les signaux douloureux**, même en l'absence de nouvelles lésions : on parle alors de sensibilisation centrale.

Cela explique pourquoi certaines douleurs deviennent chroniques, diffuses et parfois disproportionnées par rapport à l'importance de l'atteinte sur les examens d'imagerie ¹



Est-ce normal que mes douleurs liées à l'endométriose changent ou soient moins prévisibles ?

Les douleurs pelviennes chroniques demeurent fréquentes chez les femmes atteintes d'endométriose surtout pendant la périménopause et parfois en postménopause.

Ces douleurs peuvent être **persistantes ou intermittentes**, et leur **intensité est souvent irrégulière par rapport aux cycles menstruels**.

La douleur peut résulter d'une inflammation persistante, d'une fibrose ou d'une sensibilisation nerveuse, et peut être suffisamment intense pour altérer la qualité de vie¹.



Est-ce normal de me sentir plus fatiguée ?

La fatigue est fréquente chez les patientes atteintes d'endométriose et peut s'accroître pendant la péri-ménopause.

En post-ménopause, la **carence hormonale profonde** peut contribuer également à altérer la qualité du sommeil.

Les **fluctuations hormonales**, notamment celle de l'estradiol, peuvent **perturber le sommeil et l'énergie**.

L'inflammation chronique associée à l'endométriose et la douleur persistante peuvent également contribuer à une fatigue plus marquée et fluctuante durant cette période ¹.



Est-ce normal que ma sexualité évolue pendant cette période ?

La périménopause et la ménopause peuvent impacter la vie sexuelle chez les patientes atteintes d'endométriose.

La diminution des hormones ovariennes et en particulier du taux d'estradiol peut entraîner une **sécheresse vaginale, une modification du désir sexuel et parfois une gêne ou des douleurs pendant les rapports**¹.

Chez certaines femmes, l'endométriose peut également provoquer des douleurs lors de la pénétration (dyspareunie), notamment lorsque les lésions touchent les ligaments utérosacrés ou la paroi vaginale.

Pendant la périménopause, **ces symptômes sont parfois plus variables en raison des changements hormonaux et de la sensibilité pelvienne** (neurologique)¹.



Est-ce normal de me sentir plus sensible émotionnellement ?

La pérимénopause peut s'accompagner de **variations de l'humeur, liées aux fluctuations hormonales**.

Chez les patientes atteintes d'endométriose, la douleur chronique, la fatigue et l'impact de la maladie sur la vie quotidienne peuvent également influencer le bien-être émotionnel.

Certaines femmes peuvent ainsi **ressentir irritabilité, anxiété ou baisse de moral**, parfois de façon fluctuante durant cette période de transition hormonale¹.



Conclusion

La périménopause et la ménopause correspondent à des modifications hormonales parfois marquées. **Chez les femmes atteintes d'endométriose, ces variations peuvent influencer l'intensité, la fréquence et la nature des symptômes.**

La période de périménopause se caractérise par une instabilité hormonale, tandis que la ménopause s'accompagne d'une baisse importante et durable des taux d'estradiol.

L'endométriose étant une maladie hormono-dépendante et inflammatoire, **son évolution après 40 ans peut être hétérogène.**

Certaines femmes constatent une amélioration, d'autres une persistance ou une modification des symptômes.

Dans une minorité de cas, l'activité inflammatoire des lésions d'endométriose peut se maintenir après la ménopause, notamment en raison de productions résiduelles d'estrogènes et/ou de mécanismes inflammatoires persistants.

La prise en charge de la périménopause et de la ménopause doit donc être individualisée.

Elle repose sur l'évaluation des symptômes, du contexte hormonal et des besoins de la patiente. Une information claire et un suivi adapté permettent d'accompagner cette transition de manière éclairée et sécurisée.

Votre médecin évaluera la balance bénéfice/risque de mettre en place un traitement hormonal de la ménopause en fonction de la sévérité de vos symptômes, de l'altération de votre qualité de vie liée à ces symptômes et/ou en cas de risque fracturaire lié à l'ostéoporose.

Références

1

Erel, C Tamer, *et al.* Endometriosis and menopausal health : An EMAS clinical guide. *Maturitas.* 2025;202: 108715.
doi:10.1016/j.maturitas.2025.108715

2

Collège National Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF).
Le cycle menstruel.
Disponible sur : <https://cngof.fr/espace-grand-public/le-cycle-menstruel/>
(consulté le 23/06/2026)

3

Prior Jerilynn C, *et al.* The endocrinology of perimenopause : need for a paradigm shift. *Frontiers in bioscience (Scholar edition).* 2011;3(2):474-86.
doi:10.2741/s166

4

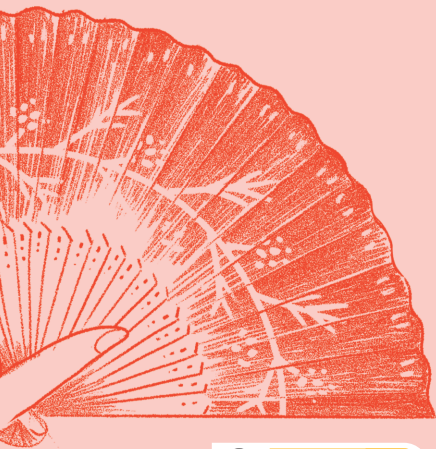
Dumont A, *et al.* Périménopause. *EMC gynécologie.* 2017;12(3).

5

Assurance maladie. Périménopause (préménopause) : symptômes et contraception. 09 avril 2026.
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/menopause/perimenopause-premenopause-symptomes-et-contraception>
(consulté le 23/06/2026)

6

Trémollières, F *et al.* "Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court)" [Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines (Short version)]. *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie* vol. 49,5 (2021): 305-317. doi:10.1016/j.gofs.2021.03.010



GED-642-25062026 - Août 2026