

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.**

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

### **Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.**

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

### **Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du chu Gabriel Toure entre 2003 et 2009**

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

### **Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou**

#### *Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou*

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

### **Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux chu de Cotonou au Bénin : apport de la colposcopie**

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

### **Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).**

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 -

36

### **Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)**

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

### **La procidence du cordon ombilical au chu de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal**

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

### **Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire**

#### **Souro Sanou de Bobo-Dioulasso**

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

### **Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako**

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

# EPIDEMIOLOGIE ET CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE LA MENOPAUSE A COTONOU

## EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MENOPAUSE IN COTONOU

ALIHONOU E<sup>1</sup>, DENAKPO J<sup>2</sup>, ADISSO S<sup>1</sup>, TEGUETE I<sup>3</sup>, AMOUSSOU M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou

<sup>2</sup> Hopital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou 01 BP 107 Cotonou Bénin

<sup>3</sup> Hopital Gabriel TOURE , Bamako Mali

**Correspondances :** Dr Dénakpo Justin, Service de Gynécologie Obstétrique du Pr Gilles Body CHU Bretonneau, 37000 Tours, France. Tél: 06 23 64 95 51

**E-mail:** [justindenakpo@hotmail.com](mailto:justindenakpo@hotmail.com)

### RESUME

**Objectif :** Les femmes ménopausées deviennent de plus en plus nombreuses au Bénin, l'espérance de vie ayant augmenté. Après la première étude sur la ménopause en 1984, une deuxième survient en 2004. L'objectif était de décrire le profil sociodémographique des femmes ménopausées et les manifestations cliniques de la ménopause à Cotonou.

**Cadre, patientes et méthode :** C'est une étude transversale analytique réalisée dans la ville de Cotonou, tout le mois d'Avril 2004. Elle a porté sur 2021 femmes dans une population féminine de 11669 personnes de 40 ans et plus.

**Résultats :** 74,7 % des femmes de 40 ans et plus étaient ménopausées. Les femmes de 50 à 59 ans étaient les plus nombreuses. L'âge à la ménopause était compris entre 45 et 49 ans (45%). La durée moyenne de la ménopause était de 11, 82 ans. Au plan clinique, les manifestations les plus fréquentes étaient les bouffées de chaleur 82,4% les troubles de la libido 67%, et les douleurs articulaires 38,8%. L'affection intercurrente la plus fréquente était l'HTA 30,5% des cas.

**Conclusion :** Les femmes ménopausées deviennent nombreuses au Bénin. Cela pose des problèmes nouveaux qui devraient préoccuper professionnels et décideurs de la santé.

**Mots clés :** epidemiologie, clinique, ménopause

### SUMMARY

**Objective:** the menopausal women become more and more numerous in Benin, life expectancy having increased. After the first study on the menopause in 1984, the second arises in 2004. The objective was to describe the sociodemographic profile of the menopausal women and the clinical manifestations of the menopause in Cotonou.

**Patients and method:** it is an analytical transverse study realized in the city of Cotonou, all April 2004. It concerned 2021 women in a feminine population of 11669 persons of 40 and more years old.

**Results:** 74,7% of the women of 40 and more years old were menopausal. The women from 50 to 59 years old were the most numerous. The age in the menopause was understood (included) between 45 and 49 years (45 %). The average duration of the menopause was of 11, 82 years. In the clinical plan, the most frequent manifestations were hot flashes 82,4 % the disorders of the libido (67 %), and joint pains (38,8 %). The intercurrent affection the most frequent was HTA (30,5% of the cases).

**Conclusion:** the menopausal women become numerous in Benin. It raises new problems which should worry professionals and decision

## INTRODUCTION

Le nombre de femmes ménopausées dans le monde en 1990 est estimé à 467 millions dont 60% pour les pays en développement et ce chiffre devrait atteindre 1,2 milliards d'ici à l'an 2030 [1]. La ménopause ou période de mise au repos de l'appareil génital [2] est un phénomène naturel mais qui peut être grevée de nombreux troubles. Au Bénin la mortalité et la morbidité maternelle grave occupent une place de choix dans les problèmes de la Santé de Reproduction. Lorsqu'une femme souffre d'une affection sévère elle meurt le plus souvent. Quand elle échappe à la mort elle atteindra l'âge de la ménopause. Cette période est calme pour certaines, tumultueuse pour d'autres. Peu d'études sont consacrées à la ménopause en Afrique et au Bénin en particulier. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la prévalence de la ménopause, le profil des femmes ménopausées et les manifestations cliniques de la ménopause à Cotonou.

## PATIENTES ET METHODE

L'étude s'était déroulée dans la ville de Cotonou au Bénin. C'est une étude transversale, analytique. Elle avait duré 30 jours, tout le mois d'avril 2004. L'échantillon était constitué des femmes de plus de 40 ans qui résident habituellement à Cotonou (au moins 9 mois par an) et ayant eu au moins un an d'aménorrhée au moment de l'étude. N'étaient pas incluses dans l'étude, les femmes de passage à Cotonou au moment de l'enquête, ainsi que celles souffrant d'une aménorrhée de causes autres que la ménopause. La ville de Cotonou est divisée en 140 quartiers regroupés en arrondissements. La taille minimum de l'échantillon avait été calculée par la formule de Schwartz avec  $p$  = Proportion des femmes d'une tranche d'âge donnée dans la population féminine de Cotonou.

Dans l'unique thèse faite sur la ménopause en 1984, il ressort que l'âge moyen de la ménopause était de 49,2 ans ; les âges ayant varié entre 43 et 56 ans, nous prenons donc :

$p$  = Proportion des femmes de 40 ans au moins

La taille minimum désirée pour l'étude était obtenue en multipliant la taille calculée par le facteur de correction de l'effet grappe ( $F_c$ ) pour minimiser le biais lié à la technique d'échantillonnage.

Taille minimum corrigée

$(N_c) = n \times F_c$        $F_c = 1,3$

Pour obtenir cette taille minimum nous avons

procédé à un échantillonnage aléatoire, multiphasique, stratifié, puis en grappes. Dans l'étude l'idéal aurait été de suivre une cohorte de femmes dès le début des perturbations menstruelles jusqu'aux années suivant l'arrêt des règles et d'observer la chronologie d'apparition des différentes manifestations de la périménopause et de la ménopause. Cela aurait demandé des années et surtout des moyens logistiques importants. Pour y remédier nous avons réalisé une pseudo cohorte par une représentation significative de chaque tranche d'âge de la ménopause. Pour constituer cette cohorte il fallait connaître la taille de la population féminine de plus de 40 ans en 2003. Ces données récentes n'étant pas disponibles au moment de l'étude nous avons estimé cette population à partir des données du dernier recensement qui datait de 1992 selon la formule ci après :  $Population\ 2003 = Population\ 1992 (1+r)^{2003-1992}$   
 $r$  = taux d'accroissement moyen annuel = 4% en 1992

Par projection la population féminine totale et celle d'au moins 40 ans est estimée respectivement à 356600 et 59125. Ainsi la taille minimum de l'échantillon obtenue à partir de la formule était de 1766 et une taille minimum corrigée de 2299

Nous avons considéré chaque arrondissement de la ville de Cotonou comme une strate.

Le nombre total de grappes conseillées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour ce type d'échantillonnage est de 30

Les données sont recueillies par les enquêteurs au cours des interviews et au cours de l'examen clinique. Celui-ci a été réduit compte tenu des moyens disponibles et des conditions de l'examen, à la pesée, la mensuration et la mesure de la tension artérielle. Les tests statistiques utilisés sont le  $\chi^2$  et la régression logistique binaire

Pour les valeurs  $\chi^2$ , on détermine la probabilité  $p$  :

- si  $p$  est supérieure à 0,05 on parle de coefficient de corrélation non significatif

- si  $p$  est inférieure à 0,05 mais supérieure à 0,01 on parle de coefficient de corrélation significatif

- si  $p$  est inférieure à 0,01 mais supérieure à 0,001 on parle de coefficient de corrélation hautement significatif

Limites et Contraintes : Il n'y avait pas eu de dosage hormonal pour confirmer ou infirmer la ménopause. Du reste la plupart des auteurs mentionnent qu'en cas de ménopause les dosages hormonaux comme la FSH et la LH ne sont pas réalisés

## RESULTATS

### Prévalence de la ménopause à Cotonou

Au terme de l'enquête, nous avons recensé 2021 femmes ménopausées au sein d'une population féminine de 11669 personnes tous âges confondus représentant la population échantillonnée parmi laquelle 2704 avaient au moins 40 ans. Ainsi, la prévalence de la ménopause dans cette série était de 74,7% (2021/2704)

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge des femmes ménopausées : Les 2021 femmes ménopausées se répartissaient en fonction de l'âge comme le montre la figure 1

L'âge moyen était de  $59,53 \pm 10,50$  ans avec des extrêmes de 42ans et 100ans (un cas). Les femmes de 50 à 59 ans étaient plus nombreuses. L'ethnie Fon regroupait plus de femmes ménopausées 42,4%. La plupart des femmes ménopausées n'étaient pas scolarisées (66,7%). En terme d'occupation, les commerçantes et les vendeuses étaient les plus nombreuses (47,8%). Au plan de la religion, la plupart des femmes étaient de religion chrétienne (74,8%). Les animistes et les musulmanes se retrouvaient dans des proportions presque équivalentes (11,6% et 11,1%) . Elles étaient mariées ou vivaient en union libre (42,7%) . Les veuves occupaient le second rang (37,2%).

L'âge au ménarche était fourni par 98,3% des femmes. L'âge au ménarche le plus bas était 10 ans et le plus élevé 25 ans. Celles dont l'âge au ménarche était situé dans la tranche d'âge de 10 à 17 ans étaient les plus nombreuses (57,3%) .

### Les données cliniques

La durée du cycle menstruel variait entre 25 et 35 jours (83,7%). La durée des règles 4 à 5 jours, normale se retrouvait dans 70,1% des cas. L'âge à la première grossesse : 1946 femmes ménopausées l'ont précisé, il était en moyenne de  $21,65 \text{ ans} \pm 3,41 \text{ ans}$  . L'âge le plus bas était de 12 ans et le plus élevé 48 ans.

L'âge à la dernière grossesse : 1920 femmes ont fourni cette information. L'âge moyen était de  $36,80 \text{ ans} \pm 4,47 \text{ ans}$ . Trois enquêtées avaient l'âge le plus bas à la dernière grossesse 21 ans soit 0,2%. L'âge le plus élevé était 52 ans .

De la contraception : 81,2% des femmes ménopausées n'avaient pas pratiqué de méthodes contraceptives pendant la période d'activité génitale. Le nombre d'utilisatrices de contraceptif dans chaque tranche d'âge était décroissant des générations les plus jeunes aux plus anciennes comme indiqué sur la figure 2.

La durée d'utilisation des contraceptifs connue chez

**Tableau** : répartition des femmes ménopausées selon les signes de la ménopause

Signes	Nombre	Pourcentage
<b>Troubles vasomoteurs</b>		
Bouffées de chaleur	1666	82,4%
Hypersudation	1501	74,3%
Paresthésies	1156	57,2%
Céphalées	1371	67,8%
Lipothymies	730	36,1%
Palpitations cardiaques	929	45,0%
<b>Troubles psychiques</b>		
Asthénie psychique	1622	80,3%
Insomnie	1151	57,0%
Perte de la mémoire	1054	52,2%
Irritabilité/Nervosité	1133	56,1%
Manifestation de jalousie	584	28,9
Autoritarisme	572	28,3%
Asthénie psychique	698	34,5%
<b>Involution générale</b>		
Rides à la face	1126	55,9%
Rides ailleurs qu'au visage	1186	58,7%
Texture des cheveux	1190	58,9%
Atrophie des seins	993	49,1%
Baisse de la libido	1355	67,0%
Frigidité	1052	52,1%

32 femmes ménopausées était comprise entre 1 et 3 ans. La contraception orale était la plus utilisée 36,1% des cas. La durée de la vie reproductive (temps écoulé de l'âge au ménarche à l'âge à la ménopause), étudiée chez 1964 femmes sur 2021 était comprise entre 25 et 35 ans chez 78,2% des enquêtées.

La durée de la ménopause à la date de l'enquête (temps écoulé entre la ménopause installée et la date de l'enquête) était en moyenne de 11,82 ans.

L'hypertension artérielle constituait l'antécédent médical le plus fréquent (34,2%). L'antécédent de diabète était noté dans 6,7% des cas.

Plusieurs facteurs susceptibles d'influencer l'âge à la ménopause avaient été recherchés par le test de régression logistique binaire utilisant la méthode ascendante pas à pas (rapport de vraisemblance) ; dans l'étude les facteurs ci-après avaient été retrouvés dans un intervalle de confiance de 95% : l'existence dans les antécédents médicaux interprétés comme tels notamment l'HTA, le diabète, la drépanocytose, l'épilepsie, et le tabagisme.

Outre ces antécédents nous avons : l'âge aux

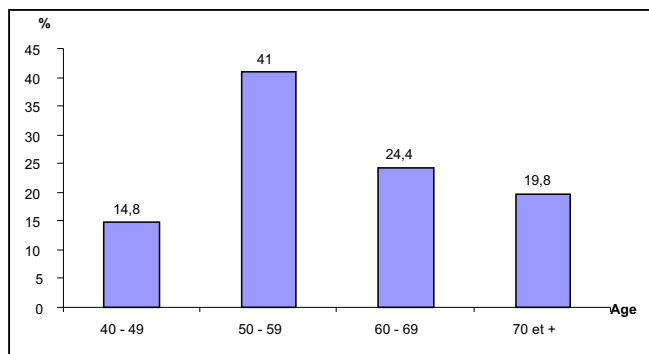


Figure 1 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge

ménarches, la régularité du cycle menstruel au cours de la période d'activité génitale, les antécédents gynécologiques de kyste ovarien (opéré ou non), de fibrome ou d'aménorrhée transitoire, la gestité et la parité, les âges à la première et à la dernière grossesse, l'utilisation ou non de la contraception, la nature du contraceptif, l'ethnie. Selon le modèle de régression logistique binaire, la femme chez qui on retrouvait dans les antécédents l'âge au ménarche inférieur à 15 ans atteindra la ménopause avant l'âge de 50 ans. (OR = 1,5 (95% : C ; 1,2 - 2,0). La probabilité pour une femme d'ethnie Fon d'entrer en ménopause avant l'âge de 50 ans était très élevée : OR = 1,2 (95% : C ; 1,0-1,5). Selon le même modèle, la probabilité

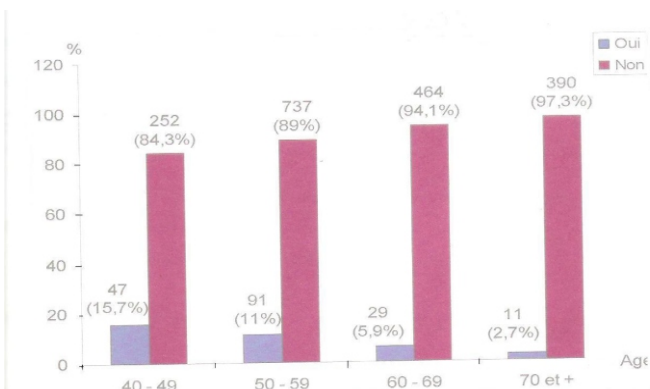


Figure 2 : Répartition des femmes ménopausées selon l'utilisation ou non de contraceptifs et par tranche d'âge

d'être ménopausée avant l'âge de 50 ans était plus élevée chez les femmes aux antécédents d'HTA. OR = 2,7 (95% : C ; 0,5 - 0,8)

La distribution de la parité en fonction de l'âge de la ménopause permettait de conclure en prenant 50 ans comme seuil que la survenue de la ménopause était plus précoce chez les multipares : OR = 1,7 (95% : C ; 0,6 - 0,9). Pour l'âge à la première grossesse, lorsqu'il était compris entre 17 et 25ans, la femme devrait atteindre la ménopause avant l'âge de 50 ans : OR = 1,4 (95% : C ; 1,0 - 1,7). Les femmes ménopausées ayant dans leurs antécédents un fibrome vont atteindre la ménopause avant l'âge de 50 ans : OR = 1,6 (95% : C ; 1,0 - 2,5)

Des signes cliniques chez la femme ménopausée

Le mode de passage à la ménopause : 15,3% des enquêtées étaient passées brutalement de la période d'activité génitale à la ménopause sans irrégularité du cycle et la plupart (84,7%) étaient arrivées à la ménopause en passant par une période de troubles menstruels.

Les Signes cliniques de la ménopause chez la femme béninoise figurent dans le tableau N°2 Les manifestations les plus fréquentes à la ménopause étaient : les bouffées de chaleur (82,4%), l'hypersudation (74,2%), l'irritabilité (56,1%), la perte de mémoire (52,2%).

Nous avons étudié l'influence de certains facteurs sur la symptomatologie de la ménopause :

L'indice de masse corporelle (IMC) : il avait été évalué chez 2016 femmes ménopausées sur 2021 : IMC inférieur à 18,5 : 3,3% de femmes maigres, IMC normal (18,5 < IMC < 24,9) : 41,4% de femmes de poids normal, (25 < IMC < 29,9) : 34,1% de femmes en surpoids, IMC supérieur à 30 : 21,2% de femmes ménopausées obèses.

Nous avons recherché l'influence de l'indice de masse corporelle sur la survenue de douleurs ostéo-articulaires : l'analyse de l'IMC et douleurs articulaires, et le test de Khi2 avaient révélé qu'il n'y

avait pas de corrélation entre l'IMC et les douleurs ostéo articulaires ( $\text{Khi}^2 = 0,40$ ).

Situation matrimoniale, troubles psychiques et troubles vasomoteurs : les différences observées entre les femmes ménopausées mariées et les femmes ménopausées non mariées n'étaient pas significatives.

Troubles sexuels et ménopause : Au total, 32 femmes ne s'étaient pas prononcées sur la question relative à la baisse de la libido après la ménopause et 137 sur celle de la frigidité.

Parmi les femmes ménopausées qui se plaignaient de baisse de la libido, les mariées et les veuves se retrouvaient dans des proportions identiques, 40,4% des cas. Dans le groupe des femmes qui ne se préoccupaient pas de la baisse de la libido, les mariées occupaient la première place 48,6%. Les femmes ménopausées qui s'étaient plaintes de frigidité étaient les veuves (40,3%). Ces différences observées au sein des deux groupes matrimoniaux étaient hautement significatives.

L'HTA était l'affection qui était survenue le plus grand nombre de fois (30,6%). La fréquence de l'ostéoporose était de 10,3% et l'incontinence urinaire d'effort 12%. Étaient notés peu mentionnés le cancer du sein (0,4%) et le cancer de l'endomètre (0,2%). De toutes ces affections, l'étude de la tension artérielle nous avait permis de mesurer le risque cardio vasculaire des femmes ménopausées grâce à la pression pulsée. À défaut de pouvoir utiliser les tables éditées par la société européenne de cardiologie qui prennent en compte le taux de cholestérol, nous avons apprécié le facteur de risque cardiovasculaire en calculant la pression pulsée (PP). Les résultats obtenus sont les suivants :

Chez les hypertendues : PP normal (absence de risque) : 42,62%, PP élevé (risque élevé) : 57,37%.

Chez les normotendues : PP normal (absence de risque) : 59,54%, PP élevé (risque) : 40,45%

On constate qu'au sein de la population des femmes ménopausées hypertendues, le risque cardiovasculaire était élevé.

## DISCUSSION

La prévalence de la ménopause était de 17,4% au sein de la population étudiée. Parmi les femmes de plus de 40 ans, les femmes ménopausées représentaient 74,7%. En Turquie une analyse rétrospective sur 136 985 femmes reçues dans 24 centres médicaux, avait noté une prévalence de 72% pour la ménopause naturelle, 23,9% pour la ménopause chirurgicale et 3,8% pour la ménopause précoce [3]. Un rapport d'un groupe d'experts de l'OMS a montré que le nombre de femmes

ménopausées devrait atteindre 1,2 milliards d'ici à l'an 2030 [1]. Malgré l'état de pauvreté l'espérance de vie de la femme s'est améliorée au Bénin. Si l'espérance de vie à la naissance est différente selon les pays, l'espérance de vie pour les femmes arrivées à l'âge de 50 ans était analogue partout dans le monde [4]. Au plan mondial l'âge moyen à la ménopause est compris entre 45 et 55 ans. L'âge moyen de la ménopause à Cotonou se situait dans cet intervalle. Selon le groupe scientifique de l'OMS, l'âge moyen à la ménopause dans les pays en voie de développement est légèrement plus bas que celui des pays développés [1,5].

Facteurs influençant l'âge à la ménopause : Parmi les auteurs qui ont étudié la ménopause, hormis le tabagisme, des dissensions existent à propos des facteurs qui peuvent influencer l'âge à la ménopause. La ménopause était plus précoce chez les femmes ménopausées qui fument que chez celles qui ne fument pas. Cette différence existe aussi au sein même des fumeuses, entre les grandes fumeuses et celles qui fument peu [1]. Dans cette série nous avons retrouvé une corrélation entre la survenue de la ménopause avant 50 ans et des facteurs tels que l'âge au ménarche avant 15 ans, l'ethnie Fon, l'existence d'HTA, la multiparité. L'application d'un modèle de régression binaire avait montré cette corrélation : l'âge aux ménarches avant 15 ans ( $1,2 < \text{OR} < 2$ ), l'ethnie fon ( $1 < \text{OR} < 1,5$ ), l'HTA ( $0,5 < \text{OR} < 0,8$ ), la multiparité ( $0,5 < \text{OR} < 0,9$ ), l'âge à la première grossesse entre 17 et 25 ans ( $1 < \text{OR} < 1,7$ ), l'existence de fibrome dans les antécédents ( $1 < \text{OR} < 2,5$ ). Pour certains auteurs [6], l'âge à la ménopause est avancé avec le tabagisme (le facteur primordial), la multiparité et la médiocrité de la situation socio économique. Dans l'étude réalisée au Bénin il y a 20 ans la taille de l'échantillon n'avait pas permis de rechercher l'influence de ces différents facteurs.

De la symptomatologie clinique : Le passage à la ménopause dans la présente étude était essentiellement marqué par les troubles des règles dans 84,7% des cas. Aux États d'Amérique, une étude prospective portant sur 2570 femmes âgées de 44 à 55 ans suivies sur 5 ans avait révélé que la durée moyenne de transition ménopausique était de 3,8 ans [7]. Les bouffées de chaleur constituaient le symptôme le plus fréquent de la ménopause dans notre série (52,4%). Pour la plupart des auteurs leur fréquence varie entre 70 et 80%, (45 à 75% chez les femmes d'Amérique du Nord, 80% chez les Hollandaises). Dans les pays asiatiques les fréquences sont plus basses, (0% chez les femmes Mayas, 12 à 22% chez les habitantes de Hong Kong,

17% chez les Japonaises, 5,7 à 37,7% chez les Thaïlandaises). Cette variation d'un continent à l'autre avait fait évoquer l'influence du contexte culturel [8]. Même si 56,1% des femmes ménopausées de notre étude souffraient de dépression, certains auteurs mentionnent qu'il y avait peu de preuves qui permettaient d'affirmer que les femmes deviennent dépressives pendant la ménopause [6]. En réalité pour les patientes souffrant de dépression durant la période ménopausique, les principaux facteurs prédictifs semblaient être l'existence de dépression dans les antécédents, les conditions socio-économiques, l'existence de stress au cours de la vie et la présence d'une maladie chronique. Dans l'étude de Osinowo [9], les femmes ménopausées Nigérianes vivant à Ibadan avaient une meilleure santé psychologique par rapport aux femmes Nigérianes en périménopause ( $p < 0,05$  et  $t = 1,86$ ).

De l'obésité pendant la ménopause : Dans l'étude cette variable avait été mesurée par l'indice de masse corporelle. Dans d'autres études elle était mesurée par le tour de taille lequel est directement corrélé à l'insulinorésistance quelque soit l'âge, le sexe ou l'IMC [10].

Dans cette étude, la dyspareunie (15,4%) et le prurit vulvo-vaginal (13,2%) étaient les principaux troubles génitaux. La fréquence et surtout la date d'apparition de ces symptômes sont très variables, fonction d'une imprégnation estrogénique résiduelle, de la vie sexuelle de la femme. Les dyspareunies seraient plus fréquentes chez les femmes ménopausées n'ayant jamais accouché par voie basse, mais 10% des dyspareunies post ménopausiques résultent de l'atrophie vaginale [11]. La majorité des femmes interrogées s'étaient prononcées sur la baisse de la libido et la frigidité pendant la ménopause. Les observations sont les mêmes quelque soit le statut matrimonial des femmes ménopausées. S'agissant de l'ostéoporose, on estime à 1,3 million le nombre de fractures ostéoporotiques qui se produisent chaque année rien qu'aux USA [1]. Dans notre étude faute de moyens diagnostiques, les fractures osseuses pathologiques autres que celles causées par une métastase néoplasique, nous avaient permis de soupçonner l'existence d'ostéoporose. Sa fréquence était basse (10,39%). Ce résultat s'inscrit dans la règle à savoir la rareté de l'ostéoporose en Afrique [11,1]. D'autres études avaient montré que 10 à 20% des ostéoporoses de la femme ménopausée seraient liées à une cause secondaire [12]. Ceci implique la nécessité de rechercher une éventuelle cause secondaire avant d'envisager une prise en

charge thérapeutique de toute ostéoporose.

La prévalence de l'HTA chez les femmes ménopausées de l'étude était de 30%. Selon les précédentes études réalisées au Bénin en 2002 la prévalence de l'HTA du sujet âgé tous sexes confondus était de 56,87% dans les départements du littoral (Cotonou) et de l'Atlantique et de 38,8% à l'intérieur du pays dans deux départements du Nord (Borgou et Alibori). Certaines études avaient montré que la fréquence des cardiopathies et celles du cancer du sein semblaient plus faibles chez les femmes ménopausées des pays en développement et du Japon que chez les femmes d'Amérique du Nord et d'Europe [1].

## CONCLUSION

Avec l'augmentation de l'espérance de vie au Bénin, nombreuses sont les femmes qui arrivent à l'âge de la ménopause et qui vivent de nombreuses années après la ménopause. Dans cette série la prévalence de la ménopause était de 17,4% au sein de la population d'étude. L'âge moyen à la ménopause était de 47,57 ans. Certains facteurs favorisaient la survenue de la ménopause avant 50 ans. Les bouffées de chaleur étaient le symptôme le plus fréquent de la ménopause suivies des troubles psychiques. Les principales affections rencontrées chez les femmes ménopausées étaient l'HTA, la dyspareunie, le prurit vulvo vaginal et l'ostéoporose. Ces problèmes dont la fréquence ira en augmentant constituent des défis supplémentaires pour un pays sous développés comme le Bénin, en terme de prévention et de prise en charge.

## REFERENCES

1. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Recherche sur la ménopause : Bilan de la décennie 90 OMS Edit., Genève, 1996, 117 p
2. Contamin R., Ferrieux J., Bernard P. La morphogenèse et le fonctionnement de l'appareil génital féminin. In Gynécologie générale partie. Vigot Edit., Paris, 1974, 51-61
3. Erdogan E. Menopause clinics in Turkey, 6th European Congress on Menopause. Maturitas, 2003, 44: 83-158 (S06.3)
4. Meirk O., Benagiano G. Hormone replacement therapy ;its impact on the risk of breast cancer. Women's health today. The proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and obstetrics. New York, NY, Parthenon Publishing Group, 1994: 337-342.
5. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Recherche sur la ménopause. OMS Edit. Genève ,1982 ,135 p



6. Saletu B. La ménopause modifie-t-elle le psychisme ? In Conférence Européenne de Consensus sur la ménopause. Montreux ESKA Edit. Paris, 1996, 74-7
7. Mckinley SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. American Journal of human biology, 1992, 4 :37-46.
8. Kahn-Nathan J. La dyspareunie de la femme âgée In Pathologie génitale de la femme au troisième âge (Cancers exclus) XXVI Assises françaises de gynécologie MASSON Edit; 1972, 211-277
9. Osinowo H.O. Psychosocial factors associated with perceived psychological health, perception of menopause and sexual satisfaction in menopausal women and Control West Afr. J. Med; 2003, 22 ( 3 ) : 225- 31
10. Cox B.D., Whichelow M.J. Ratio of waist circumference to height is better predictor of death than body mass index. Brit. Med. J., 1996; vol/iss/pg, 313/7070 (1487), ISS: 0959- 8146.
11. Coope J. Hormonal and non hormonal interventions for menopausal symptoms Maturitas, 1996 ; 23:159- 169
12. Pouillès JM, Trémollières F, Ribot C. Osteoporosis in otherwise healthy perimenopausal and early postmenopausal woman physical and biochemical characteristics Osteoporosis Int. 2006; 17: 193 – 200