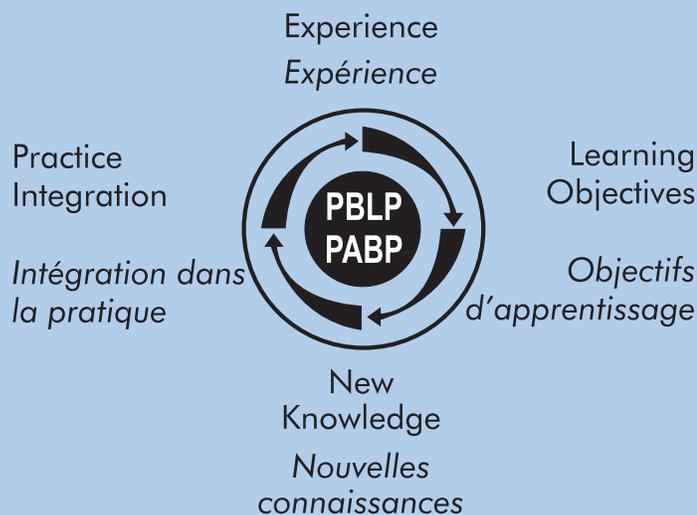


The Foundation for Medical Practice Education



La Fondation pour l'éducation médicale continue

Practice Based Learning Programs (PBLP) Programmes d'apprentissage basé sur la pratique (PABP)

McMaster University
1280 Main Street West • DTC Basement
Hamilton • Ontario • Canada L8S 4L8

Tel: 905-525-9140 ext./poste 22219 • 1-800-661-3249
Fax: 905-540-4988
Email: fmpe@mcmaster.ca
Website: www.fmpe.org



SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE

La ménopause se définit comme l'absence de menstruations pendant une période de 12 mois, généralement précédée par des cycles menstruels irréguliers et l'apparition de symptômes vasomoteurs, ainsi que de troubles du sommeil. Il est important pour les femmes ménopausées de recevoir des conseils sur les bienfaits et les risques des options thérapeutiques disponibles (hormonales et non hormonales) pour prendre en charge efficacement ces symptômes et les autres manifestations de la ménopause, et ce, sans danger.

Ce module aidera les cliniciens à:

- prendre en charge de façon optimale les symptômes associés à la ménopause (p. ex., bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, de la cognition et du sommeil) et à donner les conseils appropriés;
- prescrire en toute confiance et de façon adéquate l'hormonothérapie;
- prendre en charge efficacement la dysfonction sexuelle, y compris la baisse de libido et l'atrophie vaginale chez les femmes ménopausées.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Madeleine, âgée de 52 ans

Madeleine vient vous consulter parce qu'elle se sent très stressée dernièrement. Elle ne dort pas bien à cause des bouffées de chaleur qui la rendent folle, dit-elle. Ses antécédents médicaux incluent une hystérectomie subtotale à cause de fibromes utérins à la fin de la trentaine et du reflux gastro-œsophagien (RGO). Actuellement, elle prend comme médicaments des échantillons d'inhibiteurs de la pompe à protons. Elle n'a pas d'antécédents de dépression et son histoire familiale est sans particularité. Autrement, Madeleine se porte bien. Elle ne fume pas et boit quatre verres d'alcool par semaine.

Quels renseignements complémentaires vous seraient utiles pour choisir la bonne prise en charge?

Deuxième partie

Madeleine vous avoue qu'elle a récemment perdu son emploi et qu'elle en cherche un autre. Elle a un partenaire et bien qu'elle passe du bon temps avec lui, elle se sent parfois irritable et à pic. Elle a très peu d'intérêt pour le sexe. En la questionnant un peu plus, vous apprenez qu'elle éprouve un inconfort vulvovaginal pendant les relations sexuelles. Elle dit ne pas avoir de pensées suicidaires, ni de difficultés de concentration, ne pleure pas et ne se sent pas «inutile». Son appétit est bon. Elle n'a pas d'autres symptômes à la revue des systèmes. Ses moyens financiers sont limités pour les médicaments, mais elle est prête à payer si quelque chose l'aide à se sentir mieux.

Comment prendriez-vous Madeleine en charge?

Cas numéro 2: Catherine, âgée de 51 ans

Catherine est conseillère en éducation. Elle est votre patiente depuis deux ans. Elle a des antécédents d'hypertension essentielle et vous consulte aujourd'hui pour un bilan de santé et une vérification de sa tension artérielle. Son hypertension artérielle est actuellement contrôlée avec 25 mg d'hydrochlorothiazide (HCTZ) par jour. En plus de l'HCTZ, elle prend des suppléments de calcium, de vitamine C et de sélénium. Elle est mariée et a deux enfants de 17 et 19 ans. Elle ne fume pas.

Catherine admet faire très peu d'activité physique au quotidien. Cependant, elle est dérangée par sa prise de poids au niveau de l'abdomen et l'élargissement de son tour de taille. Son IMC est de 28 kg/m², et son tour de taille est actuellement de 114 cm. Elle a des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire. Elle vous dit que, récemment, elle avait une faible capacité de concentration et qu'elle a parfois des problèmes de mémoire à court terme. Elle s'inquiète de suivre le même chemin que sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Catherine mentionne qu'elle n'a pas été menstruée depuis deux ans. Elle n'aime pas l'idée de prendre des hormones, mais elle s'interroge sur «les hormones bio-identiques, plus naturelles». Son amie prend des hormones bio-identiques préparées exprès pour elle par son pharmacien. Elle souhaiterait essayer quelque chose du genre si ça peut améliorer sa mémoire et prévenir la maladie d'Alzheimer

À l'examen, sa TA est de 120/84 mm Hg. Le reste de l'examen est normal.

Comment répondriez-vous aux questions de Catherine sur la prise d'hormones bio-identiques?

Comment la conseillerez-vous pour ce qui est des soins préventifs généraux?

Cas numéro 3: Joanne, âgée de 74 ans

Joanne suit une hormonothérapie depuis le début de la cinquantaine. Il y a environ dix ans, elle a essayé de l'arrêter après avoir lu les résultats publiés de la WHI (Women's Health Initiative), mais elle a trouvé ses symptômes insupportables. Elle avait des bouffées de chaleur et se sentait «amorphe et irritable». Elle est active sur le plan physique et sexuel et trouve que les hormones l'aident à se sentir bien et à avoir l'air jeune.

Joanne fume environ un demi-paquet de cigarettes par jour. Elle a des antécédents de fibrillation auriculaire, d'hypertension et d'arthrose légère. Actuellement, elle prend un comprimé de 0,625 mg de Premarin^{MD} par jour, un comprimé de 2,5 mg de Provera[®] par jour, de la warfarine, 50 mg d'aténolol par voie orale par jour, Tylenol[®], 25 mg d'HCTZ par voie orale par jour, et 1000 UI de vitamine D par jour. Au chapitre des antécédents familiaux, sa mère a subi une fracture de la hanche à 75 ans, et son père, un infarctus du myocarde à 80 ans. Sa soeur cadette est en bonne santé. Elle vient vous voir aujourd'hui pour renouveler ses prescriptions.

Comment prendriez-vous en charge Joanne?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

GÉNÉRALITÉS

1. L'âge médian de la ménopause (c.-à-d. absence de menstruations pendant 12 mois) se situe aux alentours de 51 ans (+/- 6 ans). En présence de symptômes atypiques ou d'une survenue anachronique de la ménopause, il faudra rechercher d'autres causes, comme le syndrome des ovaires polykystiques, l'hypothyroïdie, l'hyperprolactinémie ou des anomalies de l'hypothalamus ¹.
2. Alors que certaines femmes semblent «passer à travers» la ménopause sans trop d'inconfort, 85 % sont touchées de façon significative par deux symptômes concomitants ou plus ^{2,3}. Environ 20 % des femmes présentent des symptômes sévères ⁴. Pour près de 10 % des femmes, les symptômes peuvent durer jusqu'à 12 ans ⁵.

3. Étant donné que les résultats d'une revue systématique ont suggéré que les femmes ayant une perspective plus négative à l'arrivée de la ménopause signalent généralement davantage de symptômes pendant la périménopause⁶, il pourrait valoir la peine d'aborder ces problèmes psychologiques avec les patientes. De plus, des antécédents d'infertilité peuvent aussi influencer la sévérité perçue des symptômes de ménopause (p. ex., sécheresse vaginale et baisse de libido), surtout chez les femmes de race blanche⁷.

PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES

Hormonothérapie systémique - survol

4. Bien que les termes hormonothérapie (que l'on appelle aussi dans la littérature médicale plus récente hormonothérapie à la ménopause) et hormonothérapie de remplacement soient souvent utilisés indifféremment, ils ne sont pas strictement synonymes. *L'hormonothérapie (HT)* est souvent prescrite par les dispensateurs de soins de santé pour remplacer certaines hormones dont la concentration diminue naturellement en période de périménopause et à la ménopause. En revanche, l'hormonothérapie de remplacement (HTR) est le traitement prescrit aux femmes ayant subi une ovariectomie⁸.

Note: Par souci de cohérence, dans ce module, c'est le terme hormonothérapie qui sera utilisé à propos des femmes en ménopause.

5. Au cours de la dernière décennie, des différences considérables entre les diverses lignes directrices publiées ont fait en sorte que «beaucoup de femmes se sont vu inutilement refuser l'hormonothérapie»⁹. Le consensus auquel est parvenue en 2012 la NAMS (North American Menopause Society) aborde ces différends et offre une bonne base d'entente pour la prise en charge. Bien que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)⁸ et d'autres regroupements ne recommandent pas l'hormonothérapie en prévention d'états cliniques chroniques¹⁰, ils conviennent qu'il s'agit du traitement le plus efficace pour soulager spécifiquement les symptômes vasomoteurs de modérés à sévères et l'atrophie urogénitale¹¹. (voir Symptômes courants de la ménopause et traitement).

6. Nous disposons d'une bonne quantité de preuves indiquant que l'hormonothérapie devrait être prescrite selon une posologie qui traitera efficacement et sans danger les symptômes de la ménopause de modérés

à sévères¹¹. Il faut envisager un traitement de courte durée: deux ou trois ans, et généralement pour un maximum de cinq ans¹². Parmi les femmes traitées, une importante proportion, 75 %, cesse d'elles-mêmes l'hormonothérapie après deux ans¹³. Pour ce qui est de l'insuffisance ovarienne prématurée, l'hormonothérapie de remplacement systémique se poursuit au moins jusqu'à l'âge estimé de la ménopause naturelle¹⁴. Si les symptômes persistent au-delà du traitement de courte durée recommandé, il est important de fixer une révision annuelle de la posologie et de discuter des raisons, ainsi que des risques et des avantages de poursuivre l'HT^{11,15}.

7. Les œstrogènes systémiques (estradiol, 17β-estradiol, estrone ou œstrogènes équins conjugués – OEC) s'administrent par voie orale ou transdermique. Les progestatifs systémiques peuvent aussi se recevoir par voie orale (en continu ou en cyclique), transdermique ou par l'intermédiaire d'un dispositif intra-utérin⁴. On considère qu'une faible dose d'œstrogènes correspond à la moitié de la dose standard¹² (c.-à-d. 0,3 mg d'OEC). La dose et la durée du traitement dépendront des objectifs thérapeutiques et de l'innocuité^{8,9,11,14} (voir l'annexe 1 pour la posologie).

8. Bon nombre de produits commerciaux non composés mais bio-identiques contiennent de l'estradiol ou de l'estrone extraits de plantes, d'origine naturelle (Estrace®, timbre de 17β-estradiol, Estrojel®, Estring®, Vagifem®). Il y a des preuves appuyant un «meilleur profil d'effets indésirables» des traitements contenant de l'estrone, du 17β-estradiol ou de la progestérone micronisée (Prometrium®) par rapport à d'autres sources d'hormonothérapies synthétiques ou ne provenant pas de plantes. Ils ont tous une efficacité équivalente pour soulager les symptômes de la ménopause de niveau modéré¹⁶ (voir l'annexe 1).

9. Il est important d'informer les femmes en périménopause du fait que l'hormonothérapie demeure une solution sans danger et pratique, associée à un risque accru «extrêmement faible» de thromboembolie veineuse (TEV), d'AVC ou de coronaropathie et à un risque accru très faible de cancer du sein lorsqu'elle est entreprise chez les femmes de moins de 60 ans ou dans les 10 premières années de la ménopause^{8,9,11,17}.

10. L'hormonothérapie (HT) se résume en une négociation de l'équilibre entre ses bienfaits et ses méfaits. En supposant qu'il ne survient pas plus d'un événement (p. ex., maladie coronarienne, accident

vasculaire cérébral, cancer du sein invasif, embolie pulmonaire) pendant l'œstrogénothérapie seule ou l'hormonothérapie combinée sur une période de cinq ans, une femme ménopausée aurait un risque accru de 1,5 % de subir un de ces événements – NNH (number needed to harm): pour chaque groupe de 66 femmes recevant une HT, un événement indésirable majeur supplémentaire s'est produit ¹⁸.

Maladie thromboembolique et hormonothérapie

11. Les résultats d'une méta-analyse indiquent que le risque de TEV, d'embolie pulmonaire et d'AVC augmente avec l'HT par voie orale et se trouve aggravé par le vieillissement et d'autres facteurs (p. ex., obésité, antécédents de maladie thromboembolique, tabagisme). Toutefois, il semble que l'HT transdermique (de préférence à des doses d'œstrogènes réduites) n'augmente pas le risque de TEV ¹⁹.

Maladie cardiovasculaire et hormonothérapie

12. Le lien entre l'HT et la maladie cardiovasculaire est source de controverse car il est probablement influencé par «le moment et la durée de l'HT, ainsi que par la préexistence de la maladie cardiovasculaire ⁴». Bien que les premiers résultats publiés de la WHI (Women's Health Initiative) aient signalé un risque accru de maladie cardiaque associé à l'hormonothérapie combinée, des analyses secondaires des données de la WHI et de multiples études subséquentes permettent de penser que le risque excessif de maladie cardiaque semble limité aux femmes ménopausées plus âgées ou à celles ménopausées depuis plus de dix ans ¹.

13. L'hormonothérapie à la ménopause doit être utilisée uniquement pour soulager les symptômes de la ménopause chez les femmes plus jeunes et non pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires ²⁰. Un essai clinique en cours se penche sur la question de savoir si un début précoce de l'œstrogénothérapie est associé à une diminution du risque de maladie cardiovasculaire (essai KEEPS décrit à l'adresse suivante, en anglais: <http://www.clinicaltrials.gov/show/NCT00154180>).

Cancer et hormonothérapie

Cancer du sein

14. Les résultats initiaux de la WHI (2002) indiquaient que la prise continue d'œstrogènes équinés combinés à la médroxyprogestérone (hormonothérapie

combinée) augmentait le risque relatif de cancer du sein (RR de 1,24 [1,01-1,54]) ¹. Cependant, les chercheurs n'ont trouvé qu'un risque absolu accru de 0,1 % de cancer du sein associé à la prise d'une HTR. En d'autres termes, il faut que près de 1000 femmes prennent une HT pendant un an pour causer un cas supplémentaire de cancer du sein (NNH = 1000) ²¹. L'HTC faisait aussi augmenter la densité des seins et le risque de résultats atypiques à la mammographie ²². Il y a des preuves qui semblent indiquer que l'HT peut être un agent promoteur mais non déclencheur de cancer du sein ²³.

15. Au début de l'étude WHI dans le groupe des femmes ménopausées ayant reçu uniquement des œstrogènes, ces patientes ont présenté une diminution de la fréquence des cancers du sein. Après analyse plus approfondie, les résultats obtenus dans le groupe sous œstrogénothérapie semblaient coïncider avec une période plus longue (plus de 5 ans) entre la ménopause et le début de l'œstrogénothérapie ¹. Au suivi à près de 11 ans, les résultats du WHI Estrogen-Alone Trial semblaient indiquer une baisse persistante du risque de cancer du sein associé à la prise d'OEC pour une période médiane de près de six ans chez les femmes ayant subi une hystérectomie antérieure (près de 40 % avaient subi une hystérectomie totale) ^{24,25}.

Hyperplasie de l'endomètre et cancer

16. Les résultats de l'essai WHI ont montré qu'un traitement aux œstrogènes non contrebalancés par des progestatifs produisait un risque supplémentaire d'hyperplasie de l'endomètre et de cancer pouvant apparaître aussi rapidement que six mois après le début du traitement ¹². Une méta-analyse a corroboré ces résultats, en montrant que l'augmentation du risque relatif de cancer de l'endomètre était multipliée par deux en cas d'œstrogénothérapie seule, et que ce risque était multiplié par 9,5 si les œstrogènes étaient pris seuls pendant plus de dix ans ¹. Toutefois, un traitement combinant les œstrogènes et la progestérone permet de minimiser ce risque ²⁶.

17. Pour les femmes non hystérectomisées, une revue de Cochrane recommande une faible dose d'œstrogène (c.-à-d. l'équivalent de 0,3 mg d'OEC) associé à un progestatif pris en continu ou un œstrogène à faible dose associé à un progestatif cyclique (10 jours par mois) ²⁷ (voir l'annexe 1 pour les détails posologiques).

Maladie de la vésicule biliaire et hormonothérapie

18. Après cinq ans, il est prouvé que l'HT augmente le risque de maladie des voies biliaires (maladie de la vésicule biliaire: 33 pour 10 000²⁸; cholécystite: 10-15 pour 1000, d'après un suivi sur 11 ans)²⁹. Ce risque semble atténué avec l'HT par voie transdermique plutôt qu'orale²⁹.

Fractures, hormonothérapie et durée d'utilisation

19. Voici les recommandations concernant la prévention des fractures et l'hormonothérapie^{10,14,15}.

- Il y a des preuves convaincantes indiquant que l'HTC et l'œstrogénothérapie réduisent modérément le risque de fractures (46-56 pour 10 000)^{10,28} (voir l'annexe 1 pour les détails posologiques).
- Après sept ans d'utilisation, le risque de fractures diminue de façon significative: risque absolu de 102 pour 1000, IC à 95 %: 91-112¹⁷.
Note: L'HT pour contrer l'ostéoporose est une option recommandée uniquement pour les femmes dont le risque de fracture est élevé et si les traitements sans œstrogènes ne leur conviennent pas.

Hormonothérapie: prise à long terme et arrêt

20. Une revue de Cochrane s'est penchée sur l'utilisation de l'HT (toutes formes confondues) à long terme (plus d'un an) pour contrer les symptômes de la ménopause¹⁷. Chez les femmes ménopausées relativement en bonne santé, la revue a permis de produire le profil de risque suivant, comparant l'HT à l'absence d'HT:

a) Hormonothérapie combinée continue

- Après 5,6 ans de prise, risque accru de:
 - cancer du sein – absence d'HT: 19/1000, comparé à HT: 23/1000 (RR = 1,26);
 - maladie coronarienne – absence d'HT: 18/1000, comparé à HT: 22/1000 (RR = 1,22);
- (Note:** Le progestogène utilisé dans les essais analysés dans la revue de Cochrane était un progestatif, dont les

effets sur les lipides étaient moins favorables³⁰).

- AVC – absence d'HT: 13/1000, comparé à HT: 18/1000 (RR = 1,38);
- TEV – absence d'HT: 2/1000, comparé à HT: 7/1000 (RR = 4,28);
- Maladie de la vésicule biliaire – risque absolu de 27/1000, IC à 95 %: 21-34.

b) Œstrogènes seulement

- Après 7 ans de prise, voici le profil de risque:
 - TEV – absence d'H: 16/1000, comparé à HT: 21/1000;
 - AVC – absence d'HT: 23/1000, comparé à HT: 32/1000;
 - cancer du sein – absence d'HT: 30/1000, comparé à HT: 24/1000 (RR = 0,79);
 - coronaropathie – absence d'HT: 41/1000, comparé à HT: 38/1000 (RR = 0,94);
 - maladie de la vésicule biliaire – risque absolu de 45/1000, IC à 95 %: 36-57.

21. Des études observationnelles et l'expérience clinique ont montré que les symptômes vasomoteurs pouvaient réapparaître à l'arrêt de l'HT³⁰, même si le traitement a été de longue durée et qu'il a été cessé progressivement³¹. Dans l'essai WHI, l'arrêt d'un traitement combinant œstrogènes équinés et acétate de médroxyprogestérone était associé à un risque de quatre à sept fois plus élevé de symptômes vasomoteurs, selon l'intensité originale des symptômes antérieurs à l'hormonothérapie³².

Une étude observationnelle longitudinale (n = 80 955) a mis en évidence le fait que l'arrêt de l'HT augmentait de façon significative le risque de fracture de la hanche et faisait diminuer la densité minérale osseuse. L'effet protecteur de l'HT contre les fractures de la hanche cessait dans les deux années suivant l'arrêt du traitement³³.

Diminution de l'hormonothérapie

22. Bien que la stratégie de diminution de l'HT ne se soit pas révélée supérieure à l'arrêt abrupt, elle peut être préférable en présence d'antécédents de symptômes vasomoteurs sévères³⁵.

Tableau 1. Stratégies pour cesser l'hormonothérapie

- Réduire les œstrogènes en retirant un comprimé par semaine (sur six semaines). Pour les femmes qui ne tolèrent pas bien cette diminution, il est possible de reprendre temporairement les œstrogènes, puis de procéder à une diminution plus graduelle (sur une période d'un an).
- Passer à une formulation transdermique d'estradiol et réduire graduellement la dose avec le temps.
- Remplacer par un produit autre que les œstrogènes (c.-à-d. ISRS ou gabapentine).
- Reprendre les œstrogènes à la plus faible dose possible (pour soulager les symptômes) tout en prévoyant un plan d'arrêt pour plus tard.

Hormonothérapie bio-identique (voir l'annexe 1)

23. L'expression «hormone bio-identique» est souvent utilisée pour décrire un médicament contenant des œstrogènes (combinaisons diverses d'estrone, d'estradiol et/ou d'estriol), un progestatif ou d'autres hormones qui sont des répliques chimiques des hormones produites par les femmes. L'adjectif «naturel» appliqué aux hormones bio-identiques peut induire en erreur. Bien que ces hormones bio-identiques soient extraites de plantes (soya et igname), elles subissent des modifications par divers procédés pour être commercialisées sous forme bio-identiques (c.-à-d. identiques sur le plan chimique aux hormones produites par les ovaires) ^{36,37}.

24. Les composés bio-identiques personnalisés (p. ex., crème «bi-est», crème «tri-est», crème d'estriol et crème de progestérone; comprimés de DHEA [déhydroépiandrostérone] ³⁸) sont généralement personnalisés selon les taux d'hormones dans la salive ou dans le sang ³⁹, mais l'évaluation scientifique de ces composés est insuffisante quant

à la concentration, l'efficacité, la pureté et le profil de risque ⁹ (voir l'annexe 1 pour des exemples d'hormones bio-identiques **non** composées, dont la concentration, l'efficacité, la pureté et le profil de risque ont été évalués; ces produits sont donc approuvés par Santé Canada).

- La SOGC, comme la NAMS (North American Menopause Society), **ne recommande pas** actuellement le traitement par des composés bio-identiques personnalisés ^{9,40}.
- On ne dispose d'aucune preuve médicale ou scientifique appuyant l'idée que les effets indésirables et/ou bénéfiques relevés par la WHI provenaient de la structure moléculaire des hormones synthétisées. Aucune donnée scientifique solide ne prouve qu'une dose d'hormones différente ou «personnalisée» aurait donné des résultats différents³⁸.
- La formulation hormonale finale de la plupart des pharmacies produisant les composés personnalisés n'est pas soumise à une vérification de concentration, de pureté, d'innocuité, ni d'efficacité. À ce stade, il peut

Tableau 2. Résumé des options de traitement non hormonal et leur niveau de preuves d'efficacité pour soulager les symptômes vasomoteurs ^{9,44-49}

Option de traitement	acceptables à bons	faibles à acceptables	mitigés, non concluants	insuffisants
Antidépresseurs				
ISRS				
paroxétine (essai clinique randomisé 10–20 mg, durée de 8 semaines ⁵⁰) ¹¹	✓			
escitalopram (essai clinique randomisé 10–20 mg par jour, suivi de 8 semaines) ^{48,49}	✓			
fluoxétine (20–30 mg par jour) ⁴⁵			✓	
IRSN				
venlafaxine (100–150 mg par jour, suivi de 12 semaines) ⁵¹	✓			
Antiépileptique (gabapentine, 100–300 mg, tid, suivi de 4 semaines) ^{45,52}	✓			
Antihypertenseur (clonidine) ¹¹	✓			
Acupuncture (revue de Cochrane) ⁹			✓	
Phyto-œstrogènes (coumestanes, lignans, isoflavones) (30–100 mg par jour) ^{11,45}			✓	
Trèfle rouge (RS, MA*) ⁴⁴		✓		
Produits du soya (RS, MA*) ^{9,44}				✓
Actée à grappe noire (revue de Cochrane, lignes directrices) ^{11,46} (Dans de futures études, il faudra peut-être englober d'autres critères comme la qualité de vie et les sueurs nocturnes)				✓
Ginseng, huile d'onagre, angélique chinoise, vitamine E ⁴⁵				✓
Processus de mentalisation (hypnose clinique accompagnée d'images mentales de fraîcheur, de lieux sûres) (essais cliniques randomisés) ⁴⁷	✓			
Activité physique (revue de Cochrane) ⁵³ , méditation, relaxation, contrôle de la respiration, TCC ⁹				✓

*RS=revue systématique; MA=méta-analyse

exister des risques supplémentaires et inconnus associés à ces préparations. Les sondages postcommercialisation de tels composés hormonaux ont fait ressortir des variations de concentration et de qualité.

- De plus, les dosages hormonaux par test sanguin ou salivaire utilisés par les préparateurs de composés personnalisés sont sources de problèmes pour les femmes d'âge mûr, car leurs taux d'hormones varient au fil de la journée, et d'une journée à l'autre. En outre, il est prouvé que les tests salivaires sont imprécis et non fiables, et que le taux de progestérone «varie considérablement» s'il est mesuré dans le sérum, dans la salive ou dans les tissus⁹.
- Il est possible de prescrire des hormones bio-identiques non personnalisées de façon appropriée d'après les symptômes, tant que l'on utilise des produits approuvés (voir l'annexe 1). Bon nombre de préparations hormonales naturelles utilisées par les praticiens sont, en fait, bio-identiques (c.-à-d. estradiol et Prometrium®), ce qui évite ainsi les inconnues associées aux composés personnalisés.

SYMPTÔMES COURANTS DE LA MÉNopause ET TRAITEMENT

25. Bien que de nombreux symptômes associés à la baisse des taux d'hormones à la ménopause soient généralement temporaires (p. ex., symptômes vasomoteurs, perturbations du sommeil, changements d'humeur), d'autres, comme l'atrophie génitale, sont permanents et peuvent s'aggraver avec le temps⁴¹.

Symptômes vasomoteurs

26. Les bouffées de chaleur semblent résulter d'un dysfonctionnement de la thermorégulation. Cette sensation réveille souvent la personne qui en souffre, perturbant son sommeil, interférant avec son travail et ses activités et exacerbant des symptômes préexistants d'anxiété et de dépression, surtout si le sommeil est gravement touché^{35,42}. Ces symptômes vasomoteurs touchent plus de 85 % des femmes, durent plus d'un an et représentent le symptôme le plus «dérangeant» de la ménopause pour lequel les femmes demandent une aide médicale^{1,35}. Bien que les symptômes puissent diminuer de façon significative en trois à cinq ans, même sans traitement¹, les bouffées de chaleur persistent chez 12 à 15 % des femmes de 60 à 69 ans et demeurent quand même présentes chez 9 % des femmes de plus de 70 ans³⁵.

27. Une revue systématique indique qu'une proportion pouvant atteindre 20 % des femmes auront des symptômes vasomoteurs persistants suffisamment sévères pour nuire à leur qualité de vie⁴². Les facteurs de risque de symptômes vasomoteurs persistants sont:

- l'origine ethnique afro-américaine;
- l'obésité;
- la ménopause chirurgicale;
- un mode de vie sédentaire.

Options de traitement des symptômes vasomoteurs de la ménopause

28. On dispose de solides preuves indiquant que les œstrogènes par voie orale comme l'HTC (œstrogène et progestatif combinés) sont très efficaces pour réduire la fréquence et la sévérité des bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes⁴³. Les œstrogènes à faible dose et à doses systémiques ultra-faibles produisent moins d'effets indésirables que les doses standard et peuvent tout autant réussir à faire diminuer les symptômes vasomoteurs chez certaines patientes¹¹ (voir l'annexe 1 pour les détails).

29. Des revues de Cochrane, une revue systématique, ainsi qu'une méta-analyse et une revue des données probantes indiquent que les traitements présentés dans le tableau 2 réduisent la sévérité et/ou la fréquence des symptômes vasomoteurs^{9,44-46}. Bien qu'il ne s'agisse pas des solutions les plus efficaces pour la plupart des femmes, ces traitements sont les solutions les plus viables lorsque l'œstrogénothérapie est inappropriée ou contre-indiquée.

30. D'autres mesures sont envisageables pour diminuer les bouffées de chaleur, comme éviter les facteurs déclenchants (p. ex., caféine, alcool ou chaleur directe) et cesser de fumer. De telles modifications aux habitudes de vie peuvent atténuer ces symptômes ou, du moins, en réduire leurs répercussions sur le fonctionnement^{9,54}.

Symptômes urogénitaux et sexuels

Atrophie vulvovaginale

31. Les femmes ménopausées ne comprennent pas bien l'atrophie vulvovaginale et considèrent qu'il s'agit d'une étape «normale» du vieillissement^{55,56}.

- L'atrophie vulvovaginale cause de la sécheresse et des démangeaisons pouvant rendre les relations sexuelles douloureuses, diminuer les

sensations sexuelles et nuire à la qualité de vie. Plus de 60 % des femmes ont de l'atrophie vulvovaginale après la quatrième année de ménopause⁵⁷.

- Ces symptômes sont liés aux modifications anatomiques progressives de la vulve et du vagin, qui entraînent un amincissement de l'endothélium, de sorte que les vaisseaux sanguins et les nerfs se trouvent plus proches de la lumière vaginale, une diminution du nombre de replis, ce qui entraîne une perte de capacité de dilatation, une moins bonne élasticité, et, dans des formes sévères, une sténose et des synéchies vaginales empêchant toute relation sexuelle. L'amincissement, la résorption et l'agglutination des grandes et petites lèvres de la vulve comptent au nombre des modifications possibles. Chez certaines femmes, ainsi que chez celles ayant subi une perte prématurée de la fonction ovarienne ou une radiothérapie pelvienne à cause d'un cancer, ces modifications peuvent être plus sévères.
- Au Royaume-Uni, un sondage a révélé que plus de 40 % des femmes considéraient que l'atteinte n'était pas suffisamment grave pour consulter. Environ 35 % cherchaient des solutions en vente libre, et près de 25 % pensaient qu'elles devaient «endurer» ces manifestations ou étaient trop embarrassées pour en parler⁵⁸.
- Il revient aux dispensateurs de soins de santé de première ligne de poser des questions sur cette condition et d'informer leurs patientes des options de traitement possibles⁵⁹. Il semble que l'utilisation d'un questionnaire produise un taux de réponse plus élevé à des questions sur l'atrophie vulvovaginale qu'une interrogation en personne dans le cabinet⁵⁵. Par exemple, dans le Vulvovaginal Symptoms Questionnaire (disponible en anglais seulement)⁶⁰, on demande aux patientes de coter la sévérité de la «sécheresse vaginale», des «démangeaisons vaginales ou vulvaires», de «l'irritation vaginale ou vulvaire» et de la «douleur pendant les relations sexuelles» sur une échelle à quatre niveaux (0 = rien, 1 = légère, 2 = modérée, 3 = sévère). Les pointages s'échelonnent de 0 à 12.

Options de traitement

32. Le traitement visant à rétablir «la physiologie urogénitale entraîne un soulagement de nombreux symptômes vaginaux inconfortables, comme la sécheresse vaginale, la dyspareunie superficielle et profonde, la vulvodynie, les saignements vulvovaginaux, l'inflammation et les écoulements vaginaux. Les problèmes urinaires, tels que l'urgence

mictionnelle et les infections des voies urinaires, peuvent aussi s'améliorer⁵⁸. Il est possible de passer à côté du lichen scléreux ou du lichen simplex, c'est pourquoi il faut toujours exclure ces diagnostics avant de traiter l'atrophie vulvovaginale. Un récent énoncé de position de la NAMS (2013) et un bulletin de pratique de l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) 2014 ont confirmé les éléments suivants^{11,61}:

- L'HT systémique est efficace à environ 75 % pour soulager l'atrophie vaginale, alors que les œstrogènes locaux le sont à 80-90 %, c'est pourquoi certaines femmes ont besoin des deux⁶².
- Les œstrogènes topiques se présentent sous différentes formes: crèmes, anneaux ou comprimés. Certaines crèmes ont des effets indésirables (p. ex., saignements utérins, douleurs mammaires et périnéale). Bien que toutes ces formes soulagent les symptômes, les femmes semblent préférer les anneaux vaginaux.
- Pour les femmes dont l'utérus est intact, les auteurs d'une revue de Cochrane font la recommandation suivante: l'ajout d'un progestatif est envisageable en présence de signes d'absorption systémique des œstrogènes (généralement à des doses d'œstrogènes supérieures à 0,5 mg par jour)⁵⁶. Les crèmes peuvent provoquer une plus grande prolifération endométriale que les comprimés ou les anneaux. Comme l'absorption des œstrogènes topiques locaux est généralement minime, il n'est probablement **pas nécessaire** d'ajouter un progestatif en prévention de l'hyperplasie ou du cancer de l'endomètre chez les femmes traitées par des préparations faiblement dosées en œstrogènes pour l'atrophie vaginale⁶³⁻⁶⁵ (voir l'annexe 1 pour les détails posologiques).
- Les lubrifiants vaginaux (p. ex., K-Y®, Poise®) peuvent réduire la friction associée à l'amincissement et à la sécheresse des tissus génitaux et soulager temporairement la sécheresse et la douleur vaginales pendant les relations sexuelles¹¹. Les hydratants vaginaux (p. ex., Replens®) sont absorbés par la muqueuse et agissent sur la paroi vaginale comme des sécrétions naturelles. Tandis que les lubrifiants s'appliquent avant les relations sexuelles, l'action des hydratants peut durer de trois à quatre jours. Cependant, seuls les œstrogènes administrés localement améliorent les modifications anatomiques ou physiologiques sous-jacentes à l'atrophie vulvovaginale⁶⁶ (voir l'annexe 1 pour les détails). On considère que le

traitement local aux œstrogènes est sans danger pour une utilisation de longue durée. À l'arrêt du traitement, les améliorations disparaissent.

Incontinence et infections des voies urinaires

Incontinence et options de traitement en lien avec la ménopause

33. Les femmes ménopausées consultent souvent leur dispensateur de soins de santé pour des problèmes urogénitaux: 50 % ont des troubles génito-urinaires, et près de 30 %, de l'incontinence urinaire (p. ex., urgence mictionnelle, incontinence de stress ou présentation mixte) [preuves de niveau élevé]⁶⁷. Bien que, d'après les résultats des essais HERS et WHI, l'hormonothérapie systémique aggrave effectivement l'incontinence, on dispose de preuves de niveau élevé indiquant que les œstrogènes topiques (vaginaux) améliorent l'incontinence chez les femmes ménopausées^{56,67}. Il existe un risque extrêmement faible que les femmes sans incontinence au départ puissent en présenter sous œstrogénothérapie systémique⁶⁷.

Infection des voies urinaires et options de traitement en lien avec la ménopause

34. D'après les résultats d'une revue de Cochrane⁶⁸, il existe des preuves (issues de quelques études de faible envergure) démontrant que les œstrogènes vaginaux (par opposition aux œstrogènes systémiques) réduisent l'occurrence des infections des voies urinaires chez les femmes ménopausées qui en ont de façon récurrente, mais cet effet positif dépend du type et de la durée de l'œstrogénothérapie. On pense que les œstrogènes vaginaux sont une solution raisonnable chez les femmes ménopausées (qui ne prennent pas d'œstrogènes par voie orale), présentant au moins trois infections des voies urinaires par année, surtout lorsque la résistance à plusieurs antibiotiques limite l'efficacité de la prophylaxie offerte à ce type d'agent⁶⁹.

Baisse de la libido/manque de désir sexuel

35. La dysfonction sexuelle féminine (plus particulièrement la baisse de libido) touche environ 50 % des femmes ménopausées, mais elle est souvent non diagnostiquée. L'un des freins suggérés est la réticence à la fois des patientes et des dispensateurs de soins de santé à soulever le sujet à l'occasion des visites annuelles⁷⁰.

- La dysfonction sexuelle féminine a des composantes à la fois physiques et émotionnelles.
- En dépit de son importance, la dysfonction sexuelle n'est pas simple à définir ou à rechercher parce qu'elle dépend de plusieurs facteurs comme la santé et le bien-être, les habitudes culturelles, le statut socio-économique, les problèmes de couple et l'existence d'un ou d'une partenaire, ainsi que son état de santé.
- Avant de traiter des problèmes sexuels, on doit envisager une évaluation biopsychosociale (des deux partenaires, lorsque c'est pertinent), afin de cerner «les facteurs personnels, interpersonnels, contextuels et biologiques», bien que les preuves attestant l'efficacité d'une telle évaluation soient de niveau faible¹⁵.

36. L'analyse d'un sous-groupe participant à l'étude HALT (Herbal Alternatives for Menopause Trial) a pointé un lien entre la diaphorèse nocturne, les troubles du sommeil et la dépression, ainsi que la baisse de libido chez les femmes d'âge mûr. Toutefois, les auteurs invitent à la prudence puisque «l'importance de ces facteurs chez les femmes est fort probablement éclipsée par celle des relations intimes avec leurs partenaires⁷¹».

Options de traitement

37. Chez les femmes symptomatiques ou récemment ménopausées (c.-à-d. qui ne sont plus menstruées depuis cinq ans), une revue de Cochrane a souligné les bienfaits de l'HT qui suivent (aux points a et b ci-dessous) pour ce qui est du désir sexuel et «des changements psychophysiologiques qui caractérisent le cycle de la réponse sexuelle⁷⁰».
- a) Les œstrogènes seuls [preuves de niveau élevé] ou associés à un progestatif [preuves de niveau modéré] ont produit une amélioration légère à modérée de la fonction sexuelle, surtout au chapitre des douleurs pendant les relations sexuelles.
 - b) Les preuves concernant les hormones stéroïdiennes synthétiques et les modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques étaient de niveau faible, et les bienfaits au chapitre de la fonction sexuelle, incertains. Les modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques seuls ont eu des résultats allant de nuls à modérément bénéfiques sur la fonction sexuelle [preuves de niveau faible].
 - c) Des études comparatives randomisées de faible envergure ont démontré de façon répétée que la testostérone *en continu* avait un effet bénéfique

sur la satisfaction sexuelle. Il est important que les autres facteurs (p. ex., la dyspareunie, la dépression, les effets secondaires des médicaments ou les problèmes de couple) soient aussi reconnus et pris en charge. Pour le moment, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander d'utiliser la testostérone à cette fin, aucune étude de longue durée sur son innocuité et son efficacité n'ayant été non plus menée ⁷².

- À l'occasion des discussions entourant la thérapie aux androgènes, il faut aborder de façon approfondie les risques et les bienfaits. Les femmes doivent comprendre que les données sur l'efficacité et l'innocuité manquent.
- Aucun des androgènes couramment utilisés ne sont approuvés pour usage au pays par Santé Canada, ni aux États-Unis par la Food and Drug Administration.
- La plupart des études sur les androgènes ont évalué ses risques et ses bienfaits chez les femmes ménopausées prenant une HT concomitante (œstrogènes avec ou sans progestatif). La majorité des preuves sur l'efficacité et l'innocuité du traitement par la testostérone chez les femmes ménopausées ont été obtenues en utilisant un timbre de testostérone, produit qui n'est plus sur le marché.
- Les androgènes peuvent s'administrer par voie orale ou transdermique par timbres, gels, onguents et crèmes. Des composés topiques personnalisés sont disponibles sur ordonnance, mais le contenu et la biodisponibilité sont souvent variables. Un traitement couramment utilisé est l'onguent ou la crème à base de testostérone à 1 %. Il faut en appliquer environ 0,5 g sur les bras, les jambes ou l'abdomen une fois par jour. Aucun essai clinique n'a évalué l'innocuité et l'efficacité de ce produit pour quelque indication. Étant donné qu'on manque de données normatives fondées sur l'âge pour les taux de testostérone des femmes, en surveiller les taux sanguins peut induire en erreur.
- Les produits à base de testostérone sur ordonnance formulés pour les hommes, comme Androderm®, Testoderm et AndroGel®, contiennent des doses de testostérone inadaptées aux femmes. Pourtant, il arrive que ces produits soient prescrits hors indications officielles aux femmes à environ un dixième de la dose quotidienne prescrite aux hommes.

Infections transmissibles sexuellement (ITS)

38. Il est important de penser aux ITS chez les adultes plus âgés (p. ex., infection à Chlamydia, gonorrhée, VIH, herpès génital). L'âge n'est pas en cause pour ces infections. Dans un sondage mené en 2006 au Canada, la majorité des adultes de 65 à 74 ans se considéraient comme étant sexuellement actifs et pensaient que le sexe était important pour eux. Cependant, les adultes d'un certain âge peuvent être plus naïfs quant aux risques sur le plan sexuel que les plus jeunes générations⁷³. Bien que les femmes ménopausées puissent être réticentes à aborder les questions relatives à l'activité, au désir et aux comportements sexuels, ainsi qu'aux ITS, elles sont généralement contentes que leur dispensateur de soins de santé aborde le sujet sans porter de jugement, dans une atmosphère détendue et respectueuse ^{9,74}.

Aspect psychologique

Trouble de l'humeur, dépression

39. L'étude SWAN (Study of Women's Health Across the Nation), une étude épidémiologique, longitudinale et multicentrique ayant recruté 3302 patientes ⁷⁵, a permis d'examiner les changements physiques, biologiques, psychologiques et sociaux pendant la période de transition que vivent les femmes d'âge mûr. Comparativement aux femmes avant la ménopause, la détresse psychologique (p. ex., pensées négatives ou symptômes dépressifs) est jusqu'à 25 % plus prévalente chez les femmes en période de périménopause ou ménopausées. La dépression majeure était associée de façon significative à cette étape de la vie. Bien que les symptômes de la ménopause contribuent au risque de dépression, pas même les hormones, ni les symptômes vasomoteurs ne pouvaient expliquer à eux seuls l'augmentation des symptômes dépressifs. Une dépression postpartum antérieure constitue un facteur de risque de dépression à la ménopause.

Options de traitement

40. Les interventions en cas de trouble de l'humeur ou de dépression englobent celles applicables aux autres stades de la vie (c.-à-d. thérapie comportementale, antidépresseurs, psychothérapie, activité physique régulière ou relaxation)⁷⁵. Une revue systématique et une méta-analyse ont conclu que les preuves sur l'efficacité du yoga dans le soulagement à courte échéance des symptômes psychologiques associés à la ménopause étaient de niveau modéré ⁷⁶.

Cognition

41. Des preuves de niveau élevé indiquent que les œstrogènes (après un an) ou l'HTC (traitement pouvant durer cinq ans) ne permettent pas de maintenir ou d'améliorer la fonction cognitive (y compris la mémoire verbale ou visuelle). En fait, il semble que ces traitements peuvent l'aggraver chez les femmes ménopausées plus âgées présentant une atteinte cognitive pré-existante⁷⁷. Plusieurs études ont montré une baisse de la fonction cognitive et une augmentation de la démence chez les patientes recevant une HT⁷⁸.

Options de traitement

42. Jusqu'à présent, les preuves soutenant l'effet bénéfique de l'activité physique sur la mémoire sont de niveau inconstant⁷⁸. Bien que les exercices de renforcement et cardiovasculaires se soient révélés prometteurs dans la prévention de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs, des recherches plus approfondies sont nécessaires^{79,80}. Il est aussi conseillé de socialiser et de se garder actif mentalement⁹.

Sommeil

43. Dans une sous-analyse des femmes ayant participé à l'étude MORE (Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation Study), les perturbations du sommeil (p. ex., difficulté à s'endormir, à rester endormie ou sommeil non réparateur, syndrome des jambes sans repos) comptaient au nombre des symptômes de la ménopause qui diminuaient de façon minime dans le temps. Plus de 40 % des femmes continuent à avoir un sommeil encore perturbé 20 ans après la ménopause⁴².

44. Les perturbations du sommeil sont multifactorielles, surtout dans ce groupe d'âge et chez les femmes plus âgées, à tel point qu'il faut exclure les autres causes de perturbation du sommeil à la ménopause. C'est particulièrement vrai si une femme est obèse, a un gros cou et de l'hypertension, car elle serait à risque plus élevé d'apnée du sommeil. Un questionnaire sur le sommeil peut vous aider à savoir quelles patientes ont besoin de se soumettre à une polysomnographie. L'échelle de somnolence d'Epworth (en anglais): <http://www.stanford.edu/~dement/epworth.html> ou l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (disponible en plusieurs langues): <http://www.sleep.pitt.edu/content.asp?id=1484&subid=2316> sont deux exemples d'outils utiles.

Options de traitement

45. Bien que les résultats soient mitigés quant aux effets de l'HT sur le sommeil (certaines études soulignent des améliorations, d'autres soit aucun changement, soit des effets négatifs), une vaste majorité d'études comparatives randomisées ont montré que l'HT améliore la qualité perçue du sommeil et les perturbations signalées par les patientes. En outre, on a enregistré une diminution faible mais positive de la fragmentation du sommeil, de l'agitation et des réveils répétés⁸¹.

46. Les hypnotiques autres que les benzodiazépines (p. ex., zopiclone) aident les femmes ménopausées souffrant d'insomnies à s'endormir et à rester endormies⁸¹. Lorsque les perturbations du sommeil étaient aussi associées à des bouffées vasomotrices, ces agents semblaient atténuer les symptômes vasomoteurs nocturnes (mais pas diurnes), ce qui suggère que les femmes étaient capables de dormir malgré ces symptômes, plutôt que le fait que ces agents aient pu avoir un effet direct sur les bouffées de chaleur elles-mêmes⁸².

47. Il est prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale aide une proportion élevée de patients atteints d'insomnie primaire, un taux pouvant atteindre 80 %⁸³. Les bienfaits spécifiques sur les perturbations du sommeil liés à la ménopause demeurent toutefois à prouver.

Prise de poids à la ménopause

48. Les femmes sont souvent préoccupées par la prise de poids associée à la ménopause. L'analyse d'un sous-groupe de l'étude observationnelle sur neuf ans SWAN (n = 1528), a fait ressortir le fait que la prise de poids chez les femmes d'âge mûr accélère les variations des hormones sexuelles (p. ex., SHBG – sex/steroid hormone binding globulin – et testostérone) et non le contraire⁸⁴. L'augmentation du gras abdominal, plutôt que la prise de poids, semble coïncider avec la ménopause⁸⁵. Les femmes perdent plus rapidement de la masse musculaire après la ménopause, ce qui ralentit le métabolisme et peut entraîner une prise de poids. On a observé que l'adiposité centrale était cinq fois plus prévalente chez les femmes ménopausées que chez celles qui ne l'étaient pas⁸⁶. Il est important de se rappeler que l'IMC et l'obésité abdominale sont tous deux des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire⁸⁷.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Une proportion atteignant 20 % des femmes souffrent de symptômes de la ménopause suffisamment sévères pour nuire à leur qualité de vie; ces symptômes peuvent durer jusqu'à 12 ans pour la moitié de ces femmes. L'hormonothérapie demeure un choix sûr et pratique pour atténuer les symptômes vasomoteurs chez les femmes de moins de 60 ans et qui sont ménopausées depuis moins de 10 ans. Les œstrogènes topiques sont efficaces contre l'atrophie vaginale.
- Il est essentiel de dispenser des conseils personnalisés sur la prise en charge des symptômes de la ménopause, car chaque femme a des besoins uniques et un profil de risque particulier.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS**Cas numéro 1: Madeleine, âgée de 52 ans****Quels renseignements complémentaires vous seraient utiles pour choisir la bonne prise en charge?**

Un questionnaire d'auto-évaluation en ligne peut aider les femmes à identifier et à évaluer la sévérité des symptômes courants de la ménopause (p. ex., en anglais: <http://www.netdoctor.co.uk/interactive/interactivetests/menopause.php>). Ces renseignements indiquent quoi traiter en priorité.

Vérifiez si Madeleine a bien passé tous les dépistages nécessaires selon son âge et les risques qu'elle présente et assurez-vous d'avoir ses antécédents familiaux et personnels précis.

Demandez à Madeleine de préciser ce qu'elle veut dire par «très stressée». Pensez à vérifier la possibilité d'une dépression. Renseignez-vous pour savoir si elle est active sexuellement (voir [Renseignements généraux, point 38](#)). Demandez-lui comment elle se sent à l'idée de commencer sa ménopause, car l'appréhender sous un angle négatif peut avoir une influence sur ses symptômes (voir [Renseignements généraux, point 2](#)). Cherchez à savoir ce qu'elle fait ou prend ou ce qu'elle envisage d'essayer pour soulager ses bouffées de chaleur. Recueillez ses antécédents de sommeil pour voir s'il est indiqué de la soumettre à une polysomnographie (voir [Renseignements généraux, points 43 et 44](#)).

Deuxième partie**Comment prendriez-vous Madeleine en charge?**

Il est difficile de distinguer si les symptômes de Madeleine représentent un trouble de l'adaptation associé à son manque de sommeil ou si elle présente une dépression majeure. Il serait important d'approfondir la question de l'humeur (voir [Renseignements généraux, point 39](#)) et d'exclure d'autres diagnostics possibles à ses symptômes.

Aidez Madeleine à définir les symptômes qui l'incommodent le plus (p. ex., sommeil, humeur, symptômes vasomoteurs, baisse de libido, inconfort vulvovaginal ou douleur pendant les relations sexuelles). Discutez avec elle des bienfaits et des risques des options de traitement fondées sur les données probantes qui s'appliquent dans son cas spécifique pour l'aider à composer avec ses symptômes, dont l'HT (voir les Options de traitements — [Renseignements généraux, points 28 à 47](#)). Vous pourriez lui proposer l'HT, qui est le traitement le plus efficace pour ses bouffées de chaleur (voir [Renseignements généraux, points 28 à 30](#); et [l'annexe 1](#)). Ce traitement pourrait aider ses symptômes d'atrophie vaginale, mais un suivi est nécessaire, car elle pourrait avoir aussi besoin d'œstrogènes vaginaux (voir [Renseignements généraux, point 32](#)). Un traitement non hormonal, comme un ISRS ou un IRSN (voir [le tableau 2](#)), pourrait améliorer son humeur et agirait peut-être sur ses bouffées de chaleur, quoique pas autant que l'HT. Selon les monographies de produit, il est important de noter que plusieurs ISRS et IRSN (voir [le tableau 2](#)) peuvent augmenter la diaphorèse (incidence pouvant atteindre 20 %) et diminuer la libido (jusqu'à 20 %). Il y a aussi un niveau assez élevé de perturbations du sommeil associés (jusqu'à 30 %) avec ces médicaments. Il est important que Madeleine prenne un rendez-vous pour un bilan de santé complet (c.-à-d. vérification de la TA, examen pelvien et mammaire et dépistage des ITS). Elle doit aussi être évaluée pour savoir quels dépistages elle devrait passer. Vérifiez ses facteurs de risque de cancer du sein, de maladie thromboembolique et d'ostéoporose. À ce stade, il serait important de faire un dépistage des ITS et de lui prodiguer des conseils sur le sujet (voir [Renseignements généraux, point 38](#)).

Vous décidez que Madeleine doit commencer une hormonothérapie.

Cas réel qui a inspiré cette histoire de cas

Dans le vrai cas, Madeleine travaillait en santé mentale. Elle n'aimait pas l'idée de prendre des antidépresseurs et ne pouvait pas se permettre d'assumer les frais de l'IRSN qu'on lui proposait. Elle a commencé une hormonothérapie et s'est sentie beaucoup mieux. Ce traitement a supprimé ses bouffées de chaleur, lui permettant de mieux dormir. Comme ses cycles de sommeil étaient meilleurs, son humeur s'est améliorée en conséquence. La douleur qu'elle éprouvait pendant les relations sexuelles a disparu avec un traitement par voie orale.

Cas numéro 2: Catherine, âgée de 51 ans**Comment répondriez-vous aux questions de Catherine sur la prise d'hormones bio-identiques?**

Vous pourriez passer en revue les indications de l'HT en général (voir [Renseignements généraux, points 9 et 10](#)) et lui expliquer qu'on manque de données quant à savoir si l'HT protège ou améliore la mémoire ou prévient la démence (voir [Renseignements généraux, point 41](#)). Catherine n'a aucun symptôme pour lesquels l'HT serait indiquée.

Il est important de présenter la controverse entourant les hormones bio-identiques et de lui expliquer que les hormones bio-identiques personnalisées ne sont pas actuellement recommandées. Toutefois, il existe plusieurs hormones bio-identiques (à base de plantes) approuvées parmi lesquelles on peut choisir (voir [Renseignements généraux, points 23 et 24](#); et [l'annexe 1](#)).

Comment la conseilleriez-vous pour ce qui est des soins préventifs généraux?

L'IMC et le tour de taille de Catherine sont inquiétants, et elle a des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire. Il serait important de déterminer son risque de maladie cardiovasculaire en utilisant le [calculateur de risque de Framingham](#)^A ou de [Reynolds](#)^B. Vous souhaitez peut-être insister sur le fait qu'une fois la ménopause installée, le risque de maladie cardiovasculaire d'une femme augmente de façon significative. Encouragez Catherine à adopter des mesures préventives fondées sur les données probantes pour prendre elle-même en charge son risque de maladie cardiovasculaire, d'ostéoporose et de démence en atteignant un poids santé, en surveillant

son alimentation, en prenant de la vitamine D et en faisant de l'exercice. Il est important de la conseiller sur la nécessité de rester active sur le plan mental, social et cognitif afin de conserver un bon fonctionnement cérébral (voir [Renseignements généraux, point 42](#)).

Vous voudrez peut-être vérifier les suppléments que prend Catherine et lui donner des conseils sur les produits recommandés en prévention.

Cas numéro 3: Joanne, âgée de 74 ans**Comment prendriez-vous en charge Joanne?**

Expliquez à Joanne les bienfaits et les risques de la prise d'une hormonothérapie à long terme (voir [Renseignements généraux, point 20](#)) et discuter avec elle de l'abandon du tabac, car c'est le plus gros risque sur sa santé. Cesser de fumer aura pour elle des bienfaits cardiovasculaires bien supérieurs à l'arrêt de l'HT. Le tabagisme est aussi associé aux bouffées de chaleur (voir [Renseignements généraux, point 30](#)). Évaluez si elle est prête à envisager d'arrêter de fumer.

Voyez si Joanne souhaite réduire son risque lié à l'HT. Essayez de répondre à ses inquiétudes à propos de l'arrêt de l'HT. Il est possible qu'elle n'ait aucun symptôme à l'arrêt du traitement ou que les bouffées de chaleur reprennent (voir [Renseignements généraux, point 21](#)). Un arrêt graduel peut ou pas réduire le risque de récurrence des bouffées de chaleur (voir [Renseignements généraux, point 22](#)). Vous pourriez lui suggérer une diminution graduelle de l'HT dans le but de l'arrêter ou en vue d'une dose de maintien plus faible (c.-à-d. 0,3 mg, soit la dose efficace la plus basse – voir [l'annexe 1](#)) si elle est réticente à envisager un arrêt complet. En cas de reprise des bouffées de chaleur, des traitements non hormonaux pourraient être une solution (voir [Renseignements généraux, point 29](#); et [le tableau 2](#)). Les œstrogènes locaux peuvent soulager la sécheresse vaginale (voir [Renseignements généraux, point 32](#) et [l'annexe 1](#)).

Si elle n'a jamais subi d'ostéodensitométrie, il faudrait lui en prescrire une, car sa densité osseuse peut diminuer à l'arrêt des hormones (voir [Renseignements généraux, point 21](#)); de plus, elle présente un risque accru d'ostéoporose en raison de son tabagisme et de ses antécédents familiaux. Assurez-vous que son bilan de santé général est à jour et envisagez avec elle des stratégies préventives qu'elle pourrait elle-même mettre en œuvre.

^A Calculateur de risque de Framingham (en anglais): <http://www.palmedpage.com/Framingham/CCSFramingham.html>

^B Échelle de risque de Reynolds (en anglais): <http://www.reynoldsriskscore.org>

© La Fondation pour l'éducation médicale continue
Vol. 22(4), Février 2014

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique: <https://adobeformscentral.com/?f=IAjnffPtUbw8cy6WVivlaA>

Auteure: **D^{re} Amy Freedman, CCFP**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Réviseurs: **D^{re} Jennifer Blake, MSC FRCSC**
Chief Executive Officer: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
Professor of Obstetrics and Gynecology
University of Toronto and University of Ottawa
Ottawa, Ontario

D^{re} Christine Hatfield, FRCSC, ABAARM
Obstetrics & Gynecology, Women's Health,
focus on menopause and hormone therapy; Functional Medicine
Vernon, Colombie-Britannique

Rédactrice médicale en chef: **D^{re} Lori Teeple, CCFP(EM), BCEM, FCFP**
Médecin de famille
Associate Professor Medicine and Family Medicine Western University
London, Ontario

Traduction: **Biograph**

Rédactrice médicale/coordonnatrice, développement des modules: **Dawnelle Hawes, BA, BKin, MEd**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction de La Fondation tient à remercier Nancy Fraser (Ottawa, Ontario), Christine Korownyk (Edmonton, Alberta) et Sharon Northorp (Moncton, Nouveau-Brunswick) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, La Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Pamela Campbell (Calgary, Alberta) et Katalin Ivanyi (Hamilton, Ontario) qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgence de conflits d'intérêts:

Amy Freedman, Christine Hatfield, Lori Teeple et Dawnelle Hawes n'en ont déclaré aucun.

Jennifer Blake a été rémunérée au cours des cinq dernières années comme expert-conseil de Merck, Pfizer et Bayer Pharma

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en janvier 2014.

Groupe de travail GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): niveau de qualité des données

Élevé: Il est très improbable que des études futures changent la confiance que nous avons dans l'estimation de l'effet.

Modéré: Il est probable que des études futures aient un impact important sur la confiance que nous avons dans l'estimation de l'effet et qu'elles puissent changer l'estimation de l'effet.

Faible: Il est très probable que des études futures aient un impact important sur la confiance que nous avons dans l'estimation de l'effet et il est probable qu'elles changent l'estimation de l'effet.

Très faible: Toute estimation de l'effet est très incertaine.

Références bibliographiques

1. Hansen KA, Eyster KM. What happened to WHI: menopausal hormonal therapy in 2012. *Clin.Obstet.Gynecol.* 2012;55(3):706-12. PM:22828102.
2. Carpenter JS, Studts JL, Byrne MM. A systematic review of menopausal symptom management decision aid trials. *Maturitas.* 2011;69(1):11-21. PM:21367544.
3. Lewis V. Undertreatment of menopausal symptoms and novel options for comprehensive management. *Curr.Med Res Opin.* 2009;25(11):2689-98. PM:19775194.
4. Hickey M, Elliott J, Davison SL. Hormone replacement therapy. *BMJ.* 2012;344:e763. PM:22344303.
5. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen. Intern.Med.* 2008;23(9):1507-13. PM:18521690.
6. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas.* 2010;65(1):28-36. PM:19954900.
7. Nelson DB, Sammel MD, Patterson F, Lin H, Gracia CR, Freeman EW. Effects of reproductive history on symptoms of menopause: a brief report. *Menopause.* 2011;18(10):1143-8. PM:21552165.
8. SOGC Position on Hormone Therapy: Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada (SOGC); 2013.
9. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric.* 2013;16(3):316-37. PM:23672656.
10. Moyer VA. Menopausal hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann.Intern.Med.* 2013;158(1):47-54. PM:23090711.
11. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists - Management of Menopausal Symptoms. *Obstetrics and gynecology.* 2014;123(1):202-16.
12. Martin KA, Baribieri RL. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. In: Crowley WF, ed. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; 2013.
13. Grady D, Sawaya GF. Discontinuation of postmenopausal hormone therapy. *Am J Med.* 2005;118 Suppl 12B:163-5. PM:16414343.
14. de Villiers TJ, Gass ML, Haines CJ, et al. Global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric.* 2013;16(2):203-4.
15. Reid RL, J. B, Abramson B, Khan A, Senikas V, Fortier M. Menopause and Osteoporosis Update 2009. *J Obstet Gynaec Canada.* 2009;31(1 (Suppl 1)):S1-S48.
16. Conaway E. Bioidentical hormones: an evidence-based review for primary care providers. *J Am Osteopath.Assoc.* 2011;111(3):153-64. PM:21464264.
17. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2012;7. PM:22786488.
18. RxFiles. *Questions Arising Since The HRT/WHI Newsletter (September, 2002).* www.sdh.sk.ca/RxFiles.
19. Sare GM, Gray LJ, Bath PM. Association between hormone replacement therapy and subsequent arterial and venous vascular events: a meta-analysis. *Eur Heart J.* 2008;29(16):2031-41. PM:18599555.
20. Manson JE, Bassuk SS. Invited commentary: hormone therapy and risk of coronary heart disease why renew the focus on the early years of menopause? *Am.J.Epidemiol.* 2007;166(5):511-7. PM:17646204.
21. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(3):321-33. PM:12117397.
22. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA.* 2003;289(24):3243-53. PM:12824205.
23. Santen RJ, Yue W, Heitjan DF. Occult breast tumor reservoir: biological properties and clinical significance. *Hormones & cancer.* 2013;4(4):195-207. PM:23632998.
24. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(14):1701-12. PM:15082697.
25. LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, et al. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2011;305(13):1305-14. PM:21467283.
26. Martin KA, Baribieri RL. Postmenopausal hormone therapy: Benefits and risks. In: Snyder PJ, Crowley WF, eds. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; 2013.
27. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2012;8. PM:22895916.

28. Regier L. Post-menopausal Hormonal TX Is the pendulum swinging again?: RxFiles.ca; 2012:1-14.
29. Simon JA. What's new in hormone replacement therapy: focus on transdermal estradiol and micronized progesterone. *Climacteric*. 2012;15 Suppl 1:3-10. PM:22432810.
30. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. The Writing Group for the PEPI Trial. *JAMA*. 1995;273(3):199-208. PM:7807658.
31. Haskell SG. After the Women's Health Initiative: Postmenopausal women's experiences with discontinuing estrogen replacement therapy. *J Womens Health (Larchmt.)*. 2004;13(4):438-42. PM:15186661.
32. Haimov-Kochman R, Barak-Glantz E, Arbel R, et al. Gradual discontinuation of hormone therapy does not prevent the reappearance of climacteric symptoms: a randomized prospective study. *Menopause*. 2006;13(3):370-6. PM:16735933.
33. Brunner RL, Aragaki A, Barnabei V, et al. Menopausal symptom experience before and after stopping estrogen therapy in the Women's Health Initiative randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*. 2010;17(5):946-54. PM:20505547.
34. Karim R, Dell RM, Greene DF, Mack WJ, Gallagher JC, Hodis HN. Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization. *Menopause*. 2011;18(11):1172-7. PM:21775911.
35. Casper RF, Santen RJ. Menopausal hot flashes. In: Baribieri RL, Crowley WF, eds. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2013.
36. Sood R, Shuster L, Smith R, Vincent A, Jatoi A. Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: ten discussion points for practicing physicians. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(2):202-10. PM:21383221.
37. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane.Database.Syst.Rev*. 2007(4). PM:17943751.
38. Hormone Therapy Products Available in Canada for Treatment of Menopausal Symptoms. Physician Desk Reference. 2nd ed: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); 2011:1-8.
39. Patsner B. Compounded Bioidentical Hormones: What's the Harm? *NAMS Annual Meeting 2008*:1-9.
40. *Bioidentical hormone therapy*. Ottawa, ON. 2013 http://menopauseandu.ca/therapies/bioidentical-hormone-therapy_e.aspx.
41. Morris EP, Burbos N. Menopausal symptoms. *Clin Evid.(Online)*. 2010.
42. Huang AJ, Grady D, Jacoby VL, Blackwell TL, Bauer DC, Sawaya GF. Persistent hot flashes in older postmenopausal women. *Arch.Intern.Med*. 2008;168(8):840-6. PM:18443259.
43. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flashes. *Cochrane.Database.Syst.Rev*. 2004(4):CD002978. PM:15495039.
44. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2006;295(17):2057-71. PM:16670414.
45. Cheema D, Coomarasamy A, El-Toukhy T. Non-hormonal therapy of post-menopausal vasomotor symptoms: a structured evidence-based review. *Arch.Gynecol.Obstet*. 2007;276(5):463-9. PM:17593379.
46. Leach MJ, Moore V. Black cohosh (*Cimicifuga* spp.) for menopausal symptoms. *Cochrane.Database.Syst.Rev*. 2012;9. PM:22972105.
47. Elkins GR, Fisher WI, Johnson AK, Carpenter JS, Keith TZ. Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2013;20(3):291-8. PM:23435026.
48. Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011;305(3):267-74.
49. Soares CN. Escitalopram reduced hot flashes in non-depressed perimenopausal and postmenopausal women. *Evid.Based Med*. 2011;16(5):159-60. PM:21561928.
50. Stearns V, Slack R, Greep N, et al. Paroxetine is an effective treatment for hot flashes: results from a prospective randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2005;23(28):6919-30. PM:16192581.
51. Archer DF, Seidman L, Constantine GD, Pickar JH, Olivier S. A double-blind, randomly assigned, placebo-controlled study of desvenlafaxine efficacy and safety for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(2):172-10. PM:19110224.
52. Butt DA, Lock M, Lewis JE, Ross S, Moineddin R. Gabapentin for the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2008;15(2):310-8. PM:17917611.
53. Daley A, Stokes-Lampard H, Macarthur C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane.Database.Syst.Rev*. 2011(5):CD006108. PM:21563149.
54. *Guide to Clinical Preventive Services 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*. AHRQ Pub. No.12-05154 ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012.
55. Al-Baghdadi O, Ewies AA. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric*. 2009;12(2):91-105. PM:19117185.

56. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2006(4):CD001500. PM:17054136.
57. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2000;96(3):351-8. PM:10960625.
58. Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric.* 2010;13(6):509-22. PM:20883118.
59. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric.* 2012;15(1):36-44. PM:22168244.
60. Erekson EA, Yip SO, Wedderburn TS, et al. The Vulvovaginal Symptoms Questionnaire: a questionnaire for measuring vulvovaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause.* 2013;20(9):973-9. PM:23481118.
61. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2013;20(9):888-902; quiz 3-4. PM:23985562.
62. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstetrics and gynecology.* 1998;92(4 Pt 2):722-7. PM:9764689.
63. Bachmann G, Bouchard C, Hoppe D, et al. Efficacy and safety of low-dose regimens of conjugated estrogens cream administered vaginally. *Menopause.* 2009;16(4):719-27. PM:19436223.
64. Handa VL, Bachus KE, Johnston WW, Robboy SJ, Hammond CB. Vaginal administration of low-dose conjugated estrogens: systemic absorption and effects on the endometrium. *Obstet Gynecol.* 1994;84(2):215-8. PM:8041532.
65. Simon J, Nachtigall L, Ulrich LG, Eugster-Hausmann M, Gut R. Endometrial safety of ultra-low-dose estradiol vaginal tablets. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):876-83. PM:20859151.
66. Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. *Obstet Gynecol.* 2010;115(4):839-55. PM:20308847.
67. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2012;10. PM:23076892.
68. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2008(2). PM:18425910.
69. Stamm WE. Estrogens and urinary-tract infection. *J Infect.Dis.* 2007;195(5):623-4. PM:17262702.
70. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, AC R-E-S, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2013;6. PM:23737033.
71. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). *Am J Obstet.Gynecol.* 2007;196(6):593-7.
72. Al-Imari L, Wolfman WL. The safety of testosterone therapy in women. *J Obstet Gynaecol.Can.* 2012;34(9):859-65. PM:22971455.
73. *Seniors and Aging - Sexual Activity.* Ottawa, ON. 2006. Catalogue # H13-7/15-2006E-PDF
74. Chervenak JL. Reproductive aging, sexuality and symptoms. *Semin.Reprod.Med.* 2010;28(5):380-7. PM:20865654.
75. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol.Clin North Am.* 2011;38(3):609-25. PM:21961723.
76. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain.* 2013;29(5):450-60. PM:23246998.
77. Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, Yesufu A, Yaffe K. Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2008(1). PM:18254016.
78. Naqvi R, Liberman D, Rosenberg J, Alston J, Straus S. Preventing cognitive decline in healthy older adults. *CMAJ.* 2013;185(10):881-5. PM:23589432.
79. Balsamo S, Willardson JM, Frederico SS, et al. Effectiveness of exercise on cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Int J Gen.Med.* 2013;6:387-91. PM:23737675.
80. Liang KY, Mintun MA, Fagan AM, et al. Exercise and Alzheimer's disease biomarkers in cognitively normal older adults. *Ann. Neurol.* 2010;68(3):311-8. PM:20818789.
81. Joffe H, Massler A, Sharkey KM. Evaluation and management of sleep disturbance during the menopause transition. *Semin. Reprod.Med.* 2010;28(5):404-21. PM:20845239.
82. Joffe H, Petrillo L, Viguera A, et al. Eszopiclone improves insomnia and depressive and anxious symptoms in perimenopausal and postmenopausal women with hot flashes: a randomized, double-blinded, placebo-controlled crossover trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(2):171-.
83. Morin CM. Contributions of Cognitive-Behavioral Approaches to the Clinical Management of Insomnia. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry.* 2002;4(suppl 1):21-6.

84. Wildman RP,Tepper PG,Crawford S, et al. Do changes in sex steroid hormones precede or follow increases in body weight during the menopause transition? Results from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Clin.Endocrinol.Metab.* 2012;97(9):E1695-E704. PM:22723312.
85. Davis SR,Castelo-Branco C,Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric.* 2012;15(5):419-29. PM:22978257.
86. Spritzer PM, Oppermann K. Weight gain and abdominal obesity at menopause. *Climacteric.* 2013;16(2):292. PM:23276232.
87. Shields M,Tremblay MS,Connor GS, Janssen I. Abdominal obesity and cardiovascular disease risk factors within body mass index categories. *Health Rep.* 2012;23(2):7-15. PM:22866535.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en janvier 2014.

ANNEXE 1. Hormonothérapie et autres solutions

Source	Produit et nom générique (marque de commerce)/fonction	Équivalent/ Dose de départ et posologie habituelle	Coût approx. en \$ CAD/an
Œstrogènes - par voie orale	Réduction des symptômes vasomoteurs de la ménopause de 50 à 100 % Utilisation de courte durée Début du traitement par la plus faible dose efficace (0,3 mg d'ŒEC)		
Équine	• Œstrogènes équins conjugués (ŒEC) (Premarin®), ŒEC+acétate de médroxyprogestérone (AMP) (Premplus®, Premphase®, Prempro®)	Commencer par 0,3 mg (en continu ou en cyclique) (possibilité d'augmenter à 0,625 mg selon la réponse; les produits combinés contiennent entre 0,3 et 0,625 mg d'ŒEC et 1,5 et 5 mg d'AMP)	153-175
Plantes Bio-identiques non personnalisés	• Estradiol-17β micronisé (Estrace®)	De 0,5 à 1 mg par voie orale par jour (équivalent à 0,625 mg d'ŒEC)	138
Œstrogènes - par voie transdermique/topique	Preuves limitées d'un rapport bienfaits-méfaisants relatif plus avantageux que par voie orale. Forme préférable en cas de dysfonctionnement hépatique, d'hypertension, de tabagisme ou d'hypertriglycéridémie. Moins de maladies de la vésicule biliaire et moins de TEV qu'avec les formes orales. La présentation en gel nécessite d'alterner les zones d'application.		
Plantes Bio-identiques non personnalisés	• Timbre d'estradiol-17β (Estraderm® ; (Estradot®, Sandoz-Estradiol Derm®, Oesclim®) (Climara®)	25 µg (ou 0,025 mg), 2 fois par semaine 25 µg, 50 µg, 2 fois par semaine 25 µg par semaine	393 265-340 319
	• Gel topique: estradiol (Divigel®) 0,1%	0,25 mg par jour (alternance entre cuisse droite et gauche)	
	• Gel topique: estradiol-17β (EstroGel®)	1,25 g/jour (0,75 mg d'estradiol par jour par flacon-doseur: appliquer du poignet à l'épaule)	425 ~300
	• Estradiol-17β et noréthindrone (Estalis®)	140/50 µg et 250/50 µg (50 µg d'estradiol avec 140 ou 250 µg de noréthindrone); 1 timbre, 2 fois par semaine	~365
Bio-identique personnalisé	Crème d'estriol, d'estrone et d'estradiol (crème Tri-Est®)	1 g par jour (composé)	
Œstrogènes - par voie vaginale	Pour les symptômes urogénitaux (atrophie et sécheresse) Moins d'effets systémiques (les crèmes peuvent nécessiter de la progestérone, mais pas les comprimés ni les anneaux)		
Équine	• Œstrogènes conjugués (crème vaginale Premarin®)	0,5-2,0 g par voie vaginale au coucher (0,625 mg/g; 0,3-1,25 mg d'œstrogènes): commencer par 0,5 mg tous les soirs au coucher pendant 2 semaines; puis de 1 à 3 fois par semaine; possibilité d'augmenter à 2,0 g selon la réponse	92-250
Plante	• Estradiol-17β (comprimé vaginal Vagifem®)	Au départ 1 comprimé vaginal (10 µg) tous les soirs au coucher pendant 2 semaines; puis, 1 comprimé vaginal, 2 fois par semaine	345
Bio-identique non personnalisé	• Estradiol-17β (anneau vaginal Estring®)	1 anneau (2 mg d'estradiol) par voie vaginale, remplacement tous les 90 jours	323
Progestogène-par voie orale ou transdermique	S'emploie avec des œstrogènes en protection du cancer de l'endomètre si l'utérus est intact. La crème de progestérone ne procure pas de protection de l'endomètre. Généralement prescrit en régime cyclique ou continu. S'il est pris en continu, il favorisera l'aménorrhée.		
Plante (Bio-identique)	• Progestérone micronisée (Prometrium®), moins de pertes sanguines (spotting)	100-200 mg par voie orale au coucher (en continu) ou 200 mg par voie orale pendant 10 à 14 jours par mois (cyclique)	550-1060 360-17
Synthétique	• Médroxyprogestérone (Provera®)	2,5 mg par voie orale par jour (favorise l'aménorrhée) 5-10 mg par voie orale pendant 10 à 14 jours par mois	65 57-72
Bio-identique personnalisé	• Progestérone (personnalisée) (appliquer sur la cuisse, le bras et l'abdomen) Ne procure aucune protection endométriale	2,5% / 5% / 10%	~260
Androgène	N'EST PAS APPROUVÉ au Canada pour la dysfonction sexuelle consécutive à la ménopause. Les études manquent concernant la dose optimale et l'innocuité à long terme		
Hydratant vaginal	Solution de rechange non hormonale aux œstrogènes vaginaux pour soulager les symptômes urogénitaux		
	Replens®	Application au coucher ~3 fois par semaine	Boîte de 8, 20 \$
Contraceptif oral (à faible dose)	Pour la périménopause		
	• Solution pour les non-fumeuses en bonne santé symptomatiques, en périménopause • Utilisé pour maîtriser les symptômes (moins efficace pour maîtriser le cycle menstruel et pour la contraception) chez les femmes en périménopause • Teneur en œstrogènes des régimes d'HT par rapport aux contraceptifs oraux: 1/6 à 1/3		

Sources: **1)** Regier L. Post-menopausal Hormone Tx Update. 1-14. 2012. RxFiles. www.rxfiles.ca; **2)** The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2007; 14(3 Pt 1):355-369. PM:17438512; **3)** micromedix.com (<http://www.micromedix.com/evidence/>)

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Février 2014



ANNEXE 2. Quand utiliser ou éviter l'hormonothérapie

Contre-indications à l'œstrogénothérapie systémique avec ou sans progestatif
• Saignements vaginaux: inexpliqués ou non diagnostiqués; rechercher une maladie pelvienne ou une hyperplasie de l'endomètre
• Antécédents de cancer du sein: peut augmenter le risque de récurrence de cancer du sein ou l'apparition de nouveaux cancers du sein
• Hypertension non contrôlée
• Maladie hépatique aiguë ou fonction hépatique anormale (car les œstrogènes sont métabolisés par le foie)
• Maladie thromboembolique active ou risque élevé de TEV ou de thrombophilie
• Migraine: bien que l'HT ne l'exacerbe pas, une forme transdermique à faible dose peut être préférable
• Antécédents de cancer de l'endomètre ou des ovaires: demander une consultation avec un spécialiste
• En cas de risque élevé de cholécystite: les œstrogènes peuvent augmenter le risque, bien qu'il puisse être réduit en utilisant une forme transdermique
• Antécédents d'infarctus du myocarde ou de maladie cardiovasculaire ou d'hypertriglycémie

Sources:

1) Hormone Therapy Products Available in Canada for Treatment of Menopausal Symptoms. Physician Desk Reference. 2nd, 1-8. 2011. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).; Reid RL, Blake J., Abramson B, Khan A, Senikas V, Fortier M. Menopause and Osteoporosis Update 2009. J Obstet Gynaec Canada 2009; 31(1 (Suppl 1)):S1-S48; **2)** Hickey M, Elliott J, Davison SL. Hormone replacement therapy. BMJ 2012; 344:e763. PM:22344303; **3)** Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. Obstet Gynecol 2010; 115(4):839-855. PM:20308847; **4)** de Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. Climacteric 2013; 16(3):316-337. PM:23672656



Les relations sexuelles vous tentent moins?

Changements hormonaux

Les variations des taux d'hormones peuvent modifier votre désir sexuel. Ce changement peut se produire pendant la transition vers la ménopause, quand le taux d'œstrogènes chute, ce qui influe sur votre intérêt pour le sexe. Vous sentirez aussi que les tissus du vagin sont plus secs, ce qui peut créer une douleur et un inconfort pendant les relations sexuelles. De plus, vous pourrez aussi ressentir une baisse de testostérone, une hormone qui augmente le désir sexuel autant chez les hommes que chez les femmes. Beaucoup de femmes continuent d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes en ménopause et après, mais d'autres ont une baisse de libido pendant ces changements hormonaux.

Causes physiques

Plusieurs maladies, changements physiques et médicaments peuvent causer une baisse de libido:

- Problèmes sexuels: Si vous avez mal pendant les relations sexuelles ou si vous ne parvenez pas à atteindre l'orgasme, ces difficultés peuvent freiner le désir.
- Maladies: Plusieurs maladies non sexuelles peuvent aussi nuire à votre désir sexuel, notamment l'arthrite, le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes et neurologiques.
- Médicaments: Beaucoup de médicaments sur ordonnance, comme les antidépresseurs et les antiépileptiques, sont «mortels» pour la libido.
- Alcool et drogues: Un verre de vin peut rendre romantique, mais trop d'alcool peut vous couper toute envie, même chose pour les drogues de rue.
- Chirurgie: Toute intervention touchant les seins ou l'appareil génital peut modifier l'image que vous avez de votre corps, votre fonction sexuelle et votre désir sexuel.
- Fatigue: Si vous vous occupez de parents âgés ou de jeunes enfants, l'épuisement peut contribuer à la baisse de libido.

Causes psychologiques

Vos problèmes n'ont pas à être physiques ou biologiques pour être réels. Bon nombre de facteurs psychologiques expliquent la baisse de libido:

- les problèmes de santé mentale, comme l'anxiété ou la dépression;
- le stress, financier ou professionnel;
- une mauvaise image corporelle;
- une faible estime personnelle;
- des antécédents de violence physique ou sexuelle.

Problèmes de couple

Pour beaucoup de femmes, la proximité émotionnelle est un moteur très important de l'intimité sexuelle. Par conséquent, si vous avez des problèmes avec votre partenaire, ils peuvent nuire à votre libido. Une baisse de l'intérêt pour le sexe résulte souvent de problèmes pouvant exister entre vous deux, notamment:

- l'absence de connexion avec votre partenaire;
- les disputes ou les conflits que vous n'avez pas résolus;
- la mauvaise communication sur vos préférences et besoins sexuels;
- une aventure extraconjugale ou une perte de confiance.

