

# MÉNOPAUSE: LE BON TRAITEMENT HORMONAL POUR LA BONNE PATIENTE

D'APRÈS UNE INTERVIEW DU DR PIT DUSCHINGER (GYNÉCOLOGUE AU CENTRE HOSPITALIER DU NORD [CHDN],  
AGRÉGÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR À L'UNIVERSITÉ DE LUXEMBOURG,  
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ LUXEMBOURGEOISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE [SLGO])

Le recours à l'hormonothérapie de la ménopause a considérablement diminué dans tous les pays depuis la publication, en 2002, des résultats de la *Women's Health Initiative* (WHI), dont les conclusions avaient été amplifiées de manière alarmiste par certains médias à sensation. Celles-ci ont généré un climat d'anxiété et une certaine confusion qui ont influencé les conseils des médecins et les décisions des femmes concernant cette thérapie. La prescription d'un traitement hormonal de la ménopause n'en reste pas moins pertinente dans nombre de cas pour améliorer la qualité de vie des femmes actives diminuée par des et pour ses vertus préventives.

## AGIR SUR LA QUALITÉ DE VIE

Les patientes d'aujourd'hui vivent une autre vie que leurs aînées. L'immense majorité des femmes de 52 ans (et plus) est très active. Il y a 30 ans, une femme ménopausée se reposait lorsqu'elle était incommodée par les symptômes climatériques. Maintenant, les mêmes femmes doivent être capables de faire face aux impératifs de leur vie professionnelle et de leur vie privée. L'hormonothérapie reste indiquée afin d'aider ces femmes à avoir une vie normale, le tout, bien sûr, dans un cadre médical rigoureux respectant les contre indications

Les troubles climatériques incluent les bouffées de chaleurs et les sueurs nocturnes, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, les troubles de la mémoire et de la concentration, les douleurs ostéo-articulaires et le syndrome génito-urinaire de la ménopause. Les bouffées de chaleurs sont très fréquentes, affectant environ 80% des femmes occidentales ménopausées, dont 25% de façon très invalidante. Elles durent en moyenne de 5 à 7 ans. Le Syndrome génito urinaire est également très fréquent. Il associe 3 types de symptômes: les symptômes vulvo-vaginaux (sécheresse, douleurs, brûlures, irritation, prurit), les symptômes sexuels (rapports sexuels douloureux, essentiellement par défaut de lubrification) et les symptômes urinaires (besoins fréquents d'uriner, infections urinaires à répétition).

Le THM (traitement hormonal de la ménopause) est **le traitement le plus efficace des symptômes et a un impact prouvé sur la qualité de vie des patientes**. Il peut également aider les femmes souffrant de troubles de l'humeur associés à la ménopause. Il constitue le traitement de 1<sup>ère</sup> intention pour corriger les bouffées de chaleur,

## DES EFFETS PRÉVENTIFS AUSSI

Le THM est efficace dans la **prévention de la perte osseuse liée à la ménopause**. En outre, certains produits ont démontré qu'ils préviennent les fractures vertébrales et/ou de la hanche. Par conséquent, le THM peut être utilisé chez les femmes présentant un risque élevé d'ostéoporose (en complément d'apports adéquats en vitamine D et en calcium). Lorsque l'anamnèse familiale des patientes révèle de sérieux problèmes

d'ostéoporose, d'arthrite, d'arthrose et d'autres maladies rhumatologiques, le THM constitue une bonne protection

Sur le plan **cardiovasculaire**, les études suggèrent une réduction du risque cardiovasculaire avant l'âge de 60 ans et/ou moins de 10 ans après la ménopause, mais pas chez les femmes chez qui le traitement a été initié à un âge plus avancé (plus de 70 ans). Néanmoins, le sujet est controversé et la question de savoir si le THM doit être utilisé **pour cette seule indication** est encore débattue.

## AVOIR UNE DÉMARCHÉ PROACTIVE VIS-À-VIS DU TRAITEMENT HORMONAL

Les dosages sanguins hormonaux peuvent s'avérer trompeurs. Les femmes peuvent avoir une qualité de vie très altérée tout en présentant des dosages des hormones dans les limites de la normale. L'écoute, l'anamnèse et un bon examen physique sont primordiaux pour envisager une hormonothérapie

**CE N'EST PAS LE MÉDICAMENT QUI EST MAUVAIS, MAIS LA PATIENTE QUI A ÉTÉ MAL CHOISIE** Comme ces traitements doivent être utilisés pendant de longues périodes, les risques potentiels à long terme doivent évidemment être évalués par rapport aux avantages. Ainsi, l'élément clé est le triage des patientes afin de répondre aux questions «qui peut-on et qui doit-on traiter?»

Pour les femmes âgées de moins de 60 ans ou qui sont à moins de 10 ans du début de la ménopause et qui n'ont pas de contre-indications majeures, le

rapport bénéfices/risques est favorable pour le traitement des bouffées mal supportées, des symptômes génito urinaires et en prévention de la perte osseuse. Pour les femmes qui commencent l'hormonothérapie plus de 10 ans après le début de la ménopause ou qui sont âgées de plus de 60 ans, le rapport bénéfices/risques semble moins favorable

Chez une personne non à risque, on peut se permettre d'être plus large dans les indications prophylactiques. *A contrario*, il existe des contre-indications absolues au THM de longue durée: particulièrement les femmes à risque de cancer du sein. Et, bien sûr, on rencontre des contre-indications relatives, qui **doivent être discutées au cas par cas avec les confrères des spécialités**

**concernées.**

C'est le cas pour les femmes ayant **des antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC)**. Faisons remarquer que si le THM est réputé augmenter le risque d'AVC, le risque attribuable est négligeable chez les femmes avant l'âge de 60 ans. Le risque est significativement augmenté pour les estrogènes utilisés **par voie orale**, mais **pas** pour les estrogènes administrés **par voie transdermique** (1).

C'est également le cas pour les **maladies thrombo-emboliques veineuses**. Des études randomisées et observationnelles ont montré que le THM multiplie le risque de thrombo-embolie veineuse par 2 à 3. Les principaux facteurs de risque identifiés sont l'âge, le surpoids, la sédentarité et la thrombophilie. C'est pourquoi une partie de l'anamnèse familiale est centrée sur les antécédents thrombo-emboliques et les thrombophilies, et qu'un bilan de coagulation est réalisé avant l'instauration du THM et discuté avec l'hématologue. En outre, des mesures préventives peuvent être prises (bas de contention, traitement des varices.).

Le **choix des produits** se fait au cas par cas. En matière d'estrogènes, on privilégie l'estriol plutôt que l'estradiol. La plupart des produits vaginaux - utilisés dans le cadre de plaintes locorégionales ou lorsqu'un traitement systémique n'est pas indiqué - sont à base d'estriol. Ils sont très sûrs

d'emploi, même à fortes doses

### **QUELLE SURVEILLANCE?**

À partir du début de la ménopause, des contrôles annuels doivent être prévus. Ceux-ci incluent une échographie vaginale - la mesure de l'épaisseur de l'endomètre faisant partie de la surveillance du traitement, même si les effets secondaires à cet endroit sont devenus extrêmement rares avec les produits modernes -, un examen des seins complet (palpation, mammographie) et un frottis.

### **POUR CONCLURE**

Les craintes à l'égard du THM doivent être relativisées. Les risques mis en évidence il y a 20 ans doivent être mis en perspective et sont réduits avec les produits modernes. Enfin, les patientes doivent être sélectionnées avec soin sur la base de la balance bénéfices/ risques. □

#### Références

1. Trémollières F, et al. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 2021;49:305-17.
2. NAMS position statement. Menopause 2022;7:767-94.
3. Consensus of the Belgian Menopause Society regarding therapy and strategies after the menopause (2017).

Texte publié : MEDINLUX  
No 29/ 2023