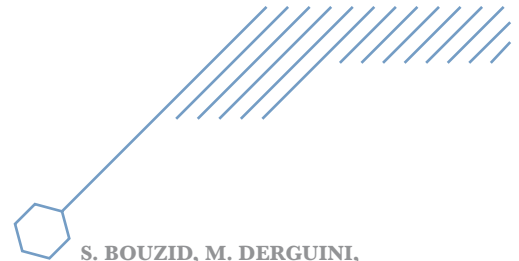


Prise en charge de la ménopause



S. BOUZID, M. DERGUINI,
Hôpital Bachir Mentouri, Kouba, Alger,

Résumé

La transition ménopausique ou la ménopause elle-même ne constitue pas une maladie, c'est un processus naturel néanmoins il est accompagné d'une détérioration du bien-être physique, psychologique et social de façon variable selon l'individu, c'est le syndrome climatérique (avec sa multi-dimensionnalité et sa subjectivité) qui induit un retentissement sur la qualité de vie de la femme. La prise en charge repose essentiellement sur le traitement hormonal de la ménopause (THM), qui est le traitement le plus efficace sur le climatère, et sur la prévention de l'ostéoporose et ses conséquences, mais qui peut comporter certains risques carcinologiques et métaboliques relatés par les études. Ainsi la balance bénéfice/risque est la plus favorable pour le THM initié avant 60 ans ou dans les 10 premières années suivant la ménopause, en préférant un œstrogène percutané et progestérone naturelle si nécessaire, le traitement doit être individualisé pour chaque patiente. L'hygiène de vie reste la première prescription qui est incontournable. Chez les femmes ayant des contre-indications au THM, il existe des traitements alternatifs pour les BVM¹, la sécheresse vulvo-vaginale ainsi que la prévention de le traitement de l'ostéoporose.

>>> Mots-clés :

Ménopause, traitement hormonal de la ménopause, climatère, qualité de vie.

Généralités - Introduction

La transition de la ménopause implique souvent des symptômes gênants, notamment des symptômes vasomoteurs, une sécheresse vaginale, une diminution de la libido, de l'insomnie, de la fatigue, des douleurs articulaires et les troubles cognitifs qui représentent les conséquences à court et moyen terme ; ensuite lorsque la ménopause est installée il faudra prévenir et prendre en charge les complications cardiovasculaires, thromboemboliques et les fractures ostéoporotiques.

Abstract

Menopausal transition or the menopause itself is not a disease, it is a natural process, however, it is accompanied by a deterioration of physical, psychological and social well-being in a variable way according to the individual, it is the climacteric syndrome. (With its multi-dimensionality and subjectivity) which has a repercussion on the quality of life of women. Management is based mainly on MHT, which is the most effective treatment for the climacteric system, and on the prevention of osteoporosis and its consequences, but which may include certain oncological and metabolic risks reported by the studies, as well as the benefit/risk balance is the most favorable for MHT initiated before age 60 or in the first 10 years after menopause, with a preference for percutaneous estrogen and natural progesterone if necessary, the treatment must be individualized for each patient. Hygiene of life remains the first prescription that is unavoidable. In women with contraindications to MHT there are alternative treatments for vasomotor flush, vulvo-vaginal dryness and prevention of osteoporosis treatment.

>>> Key-words :

Menopause, hormonal treatment of menopause, climateric, quality of life

¹BVM : Bouffées vasomotrices (NDLR)

Lorsque les femmes consultent pendant cette période pré-ménopausique, nous saisissons l'occasion pour aborder la santé de l'os, le sevrage tabagique, l'évaluation et la gestion des risques cardiovasculaires et le dépistage et la prévention du cancer.

La prise en charge est globale tant sur l'hygiène de vie, la diététique, l'activité physique, l'éducation pour la gestion des bouffées de chaleur, etc.

L'hormonothérapie ménopausique (MHT) est le traitement le plus efficace pour les symptômes vasomoteurs et autres symptômes du climatère. Les avantages peuvent dépasser les risques pour la majorité des femmes ménopausées symptomatiques qui ont moins de 60 ans ou moins de 10 ans de ménopause.

Il faudrait individualiser la thérapie en fonction des facteurs cliniques et des préférences de la patiente. Et dépister les femmes avant d'initier un THM pour le risque de maladie cardiovasculaire et de cancer du sein et recommander la thérapie la plus appropriée en fonction des risques/avantages. Les données actuelles ne justifient pas l'utilisation de THM pour prévenir les maladies coronariennes, le cancer du sein ou la démence.

D'autres options sont disponibles pour les femmes présentant des symptômes vasomoteurs, qui préfèrent ne pas utiliser THM ou qui ont des contre-indications. Les œstrogènes vaginaux à faible dose et l'ospémifène (SERM), constituent une thérapie efficace pour le syndrome génito-urinaire de la ménopause, et les hydratants vaginaux et les lubrifiants sont disponibles pour celles qui ne choisissent pas la thérapie hormonale.

Depuis dix ans, de nombreuses ré-analyses des anciennes études (telle que la WHI² 2002) et études plus récentes semblent modérer les conclusions sans doute trop hâtives sur le THM.

Diagnostic et symptômes de la ménopause :

Le diagnostic de la ménopause est clinique et rétrospectif. La ménopause est une étape biologique dans la vie d'une femme (50-51 ans) marquée par l'arrêt des menstrues pendant 12 mois consécutifs traduisant la fin de sa vie reproductive naturelle. Associant des changements qui surviennent lorsque les ovaires cessent d'ovuler et de sécréter des œstrogènes et de la progestérone.

La femmes ménopausées signifie les femmes en péri ménopause et en post ménopause.

La péri ménopause est le moment où une femme a des cycles irréguliers (ovulation et menstruation) menant à la ménopause et se poursuivant jusqu'à 12 mois après sa dernière période. Elle est également connue

comme la transition ménopausique ou climatérique. La post ménopause est l'étape après la ménopause, le début de la ménopause étant la période de 12 mois consécutifs. La ménopause peut être influencée par certains facteurs, pouvant ainsi être iatrogène.

Dans la situation où la patiente a subi une hystérectomie avec conservation ovarienne, on peut se baser sur la présence de symptômes vasomoteurs (VMS) et sur les tests de laboratoires avec mesure répétées de FSH et E2 < 20 pg/ml ou encore utiliser le test aux progestatifs à raison de 10 j par mois pendant 3 mois consécutifs pour confirmer la ménopause^[1].

Après la ménopause, si l'absence de progestérone n'induit aucun trouble avéré, la carence en œstrogènes a de nombreuses conséquences, désagréables ou pathologiques, associées à d'autres troubles, non hormono-dépendants.

Symptômes (en %)

Troubles vaso-moteurs	
Bouffées de chaleur	46
Sudations nocturnes	36
Sueurs froides	7
Fonctions cognitives et affectives	
Troubles de la mémoire	34
Distraction	25
Difficulté à se concentrer	24
Baisse d'efficacité	18
Irritabilité	13
Manque d'intérêt au travail	18
Baisse d'efficacité au travail	13
Désintérêt vis-à-vis de l'environnement social	8
Confusion	7
Anxiété	
Suffocation	5
Difficulté à respirer	4
Vision trouble	4
Poids - appétit	
Prise de poids	32
Augmentation de l'appétit	22
Baisse de l'appétit	5
Perte de poids	4
Appareil squelette-musculaire	
Douleurs – souffrance	48
Douleurs articulaires	44
Raideurs musculaires	42
Céphalées – douleurs de la nuque	34
Inconfort mammaire	
Sensibilité	9
Douleurs	4

Étude PEPI (Postmenopausal Estrogen/Progestin Intervention, Greendale et al. 1998) menée en double aveugle pendant 3 années chez 875 femmes âgées de 45 à 64 ans aux USA

²WHI : Women's Health Initiative (NDLR)

Prise en charge de la ménopause :

Impact de la symptomatologie climatérique sur la qualité de vie :

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter et la qualité de vie devient un important paramètre de santé dans une population vieillissante. « La qualité de vie comme mesure clinique est une construction compliquée et controversée nécessitant, pour pouvoir être évaluée, d'utiliser des échelles. Certaines sont spécifiques à la transition ménopausique, d'autres ont une vision plus large de la santé, incluant des questions sur la fonction physique, psychologique, sociale,

et sont des échelles globales de qualité de vie.

On admet que la qualité de vie est proportionnelle au degré de satisfaction des besoins et à la réalisation des objectifs dans la vie de l'individu.

La qualité de vie constitue un paramètre essentiellement subjectif ne pouvant être évalué qu'à l'aide de questionnaires. Certains sont spécifiques pour la transition de ménopause. Ils mesurent l'intensité ou bien la gravité jugée par l'individu des symptômes (physique, mental et partiellement social ou syndrome climatérique). Les plus utilisés sont le Kuppermann, le Menopause Rating Scale, le Green Climacteric Scale » [22].

Échelle de mesure de la qualité de vie couramment utilisées spécifiquement pour la ménopause [4]

Échelle de mesure	Auteur	Domaines étudiés	Items
Échelle climatérique de Greene Greene Climacteric Scale	Greene J 1976-1998	Psychologique Somatique Vasomotricité	Liste de symptômes
Questionnaire de santé des femmes Women's Health Questionnaire	Hunter M 1992-1998	Humeur dépressive Symptômes somatiques Vasomotricité Anxiété, crainte Comportement sexuel Troubles du sommeil Symptômes menstruels Mémoire, concentration, séduction	Expressions complètes Symptômes et sensations
Qualifemme	Floch JP 1994	Psychosocial Climatérique Somatiques	Liste de symptômes
Le questionnaire spécifique qualité de vie et ménopause The Menopause-Specific QOL Questionnaire MENOQOL	Hilditch T 1996	Vasomotricité Psychosocial physique Sexuel	Liste de symptômes, de signes et de sensations
Menopause Rating Scale (MRS) Échelle évaluation de la ménopause	Schneider HP 1996-2000	Psychologique Somato-végétatif Urogénital	Liste de symptômes
Menopause symptoms list (MSL) Liste des symptômes de la ménopause	Perz JM 1996	Psychologique Vasomotricité Somatique en général	Liste de symptômes
Menopause Quality of Life Scale MQOL Échelle de la qualité de vie et ménopause	Jacobs P 2000	Physique Vasomotricité Psychosocial Sexuel	Expressions complètes Symptômes et sensations
Utian Quality of Life Scale Échelle qualité de vie d'Utian	Utian W 2002	Profession Liens avec la santé Émotions Qualité de vie sexuelle	Expressions complètes Symptômes et sensations

Echelle de mesure de la qualité de vie couramment utilisées spécifiquement pour la ménopause [4]

La sévérité des symptômes climatériques et le degré avec lequel ils interféreront dans leur activité et leur qualité de vie est particulièrement variable d'une femme à l'autre. Environ 20 % de ces femmes rapporteront des symptomatologies sévères ; 10 à 15 % seulement consulteront la recherche d'une prise en charge thérapeutique [5].

« En cela la plupart des études évaluant la qualité de vie associée à la symptomatologie climatérique ont mis en évidence l'intérêt du traitement hormonal substitutif ; mais malheureusement nous subissons encore dans cette ère post-WHI un bouleversement de la prise en charge de la symptomatologie climatérique en rapport avec les risques cardiovasculaires et carcinologiques mis en exergue dans cette étude randomisée.

Depuis, les prescriptions du traitement hormonal, même en début de ménopause, ont considérablement chuté (baisse de plus de 60 %) et les femmes se tournent désormais vers des stratégies différentes : thérapeutiques alternatives, phytothérapie, modifications d'hygiène de vie, etc. » [22].

La prise en charge de la ménopause est d'ordre global. Elle nécessite un plateau pluridisciplinaire, comportant le diététicien, le rhumatologue, le cardiologue et le gynécologue créant ainsi plusieurs volets thérapeutiques : les mesures hygiéno-diététiques, le traitement hormonal, les traitements non-hormonaux, les médecines alternatives telles que la phytothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture, sans oublier la prise en charge des symptômes qui nécessitent des consultations et des prescriptions.

1. Hygiène de vie :

- MHD générales : arrêt du tabac et pratiquer régulièrement une activité physique, adopter une alimentation équilibrée, perdre du poids avec une diététique alimentaire.
- Bouffées de chaleur : éducation pour la gestion des bouffées de chaleur, habits adaptés, baisser le chauffage, éviter les boissons chaudes, serviette froide sur la nuque, apport phosphocalcique.
- Sécheresse vaginale : utilisation d'un lubrifiant, de crème hydratante, ou œstrogéno-thérapie locale.
- Trouble du sommeil : se coucher à des heures stables, éviter la caféine.
- Dépression : rester active, conserver son entourage social et si nécessaire traitement approprié (anxiolytiques).

2. Traitement hormonal de la ménopause :

La symptomatologie climatérique peut être transitoire (un ou deux ans) mais peut durer bien plus longtemps

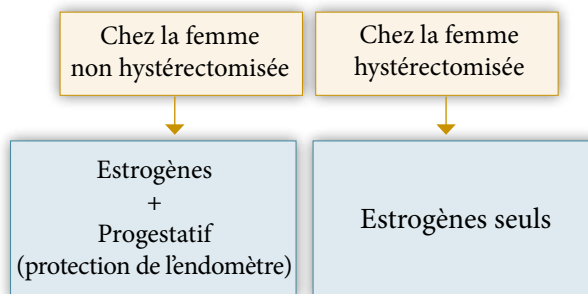
chez certaines femmes [7]. Il est bien évident qu'une symptomatologie sévère est facilement repérée (sueurs nocturnes altérant le sommeil, fatigue altérant les facultés cognitives, les performances physiques et donc l'estime de soi et enfin la sexualité...) peut affecter profondément la vie personnelle, sociale et la qualité de vie de certaines femmes [8].

Malgré des décennies de recherche sur la ménopause et sur le THM, il est surprenant de voir que peu d'études apprécient les variations de la qualité de vie en rapport avec cette symptomatologie climatérique durant la transition ménopausique [9].

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) joue un rôle important dans le maintien et l'amélioration de la qualité de vie (QDV) des femmes ménopausées.

« Si le THM a prouvé son efficacité sur la symptomatologie climatérique, notamment en début de ménopause, en dehors de cette symptomatologie climatérique il n'est pas possible aujourd'hui de conclure de l'impact du THM sur la qualité de vie globale. La balance bénéfices/risques du THM débutée en début de ménopause, notamment en cas de symptomatologie climatérique, apparaît tout à fait favorable et recommandée par la plupart des sociétés savantes de ménopause » [22].

Principe du traitement



Composition du THM :

Le principe de ce traitement est d'associer un traitement par œstrogène et un progestatif sans induire un effet prolifératif sur l'endomètre. En cas d'hystérectomie il ne sera donc pas utile d'associer le progestatif. Plusieurs voies d'administration peuvent être utilisées pour le THM :

- Le 17 beta estradiol est l'œstrogène naturel de référence qui peut être utilisé par voie orale, vaginale ou percutanée, provoquant des impacts différents sur le risque métabolique, il existe un effet de premier passage

hépatique, lors de l'utilisation de la voie orale induisant un effet métabolique délétère tel que la diminution de l'antithrombine III et l'augmentation de triglycérides et de l'angiotensinogène.

- Les progestatifs utilisables sont repartis en plusieurs groupes :
 - Progestérone naturelle et son isomère la dydrogestérone
 - Les dérivés de la 17-OH progestérone (pregnanes)
 - Les dérivés de la 19-norprogesterone (norpregnanes)
 - Les dérivés de la spironolactone.

Schémas :

Schéma séquentiel

Permet de restaurer des hémorragies de privation lors de l'arrêt du progestatif.

Le schéma séquentiel discontinu

consiste à donner un œstrogène du 1^{er} au 25^e du cycle auquel on associe un progestatif pendant au moins 12j, du 14^e au 25^e j/mois.

Type de progestatif	Classification	Spécialité	Vole d'administration	Dosage(s)	Posologie	Présentation
Progérone naturelle et son isomère	Progestérone	Estima Gé®	Per os	100 ou 200 mg	1/jour	15/30/45/90 cp
	Progestérone	Ménaelle®	Per os	100 mg	1/jour	30 cp
	Progestérone	Utrogestan® ou Progestan®	Per os	100 ou 200 mg	1/jour	30 ou 15 cp
	Dydrogestérone	Duphaston®	Per os	10 mg	1 ou 2/j	10 cp
Prégnanes	Acétate de chlormadinone	Lutéran® ou génériques	Per os	2/5/10 mg	1/jour	10 ou 12 cp
	Acétate de cyprotérone	Androcur®	Per os	50 mg	1/jour	20 cp
	Médrogestone	Colprone®	Per os	5 mg	1/jour	20 cp
Norprégnanes	Acétate de nomégestrol	Lutényl®	Per os	3,75 ou 5 mg	1/jour	14 ou 10 cp
	Promégestone	Surgestone®	Per os	0,125/0,25/0,5 mg	1/jour	10 ou 12 cp

Liste des progestatifs disponibles en France 2012 (Vidal 2012)

	Androgène	Antiandrogène	Glucocorticoïde	Antiminéralocorticoïde
Progestérone naturelle	-	±	-	+
Acétate cyprotérone	-	++	-	-
Acétate de chlormadinone	-	+	+	-
Acétate de nomégestrol	-	±	-	-
Promégestone	-	±	-	-
Médrogestérone	-	±	-	-
Dydrogestérone	-	±	-	+
Drospirénone	-	+	-	+

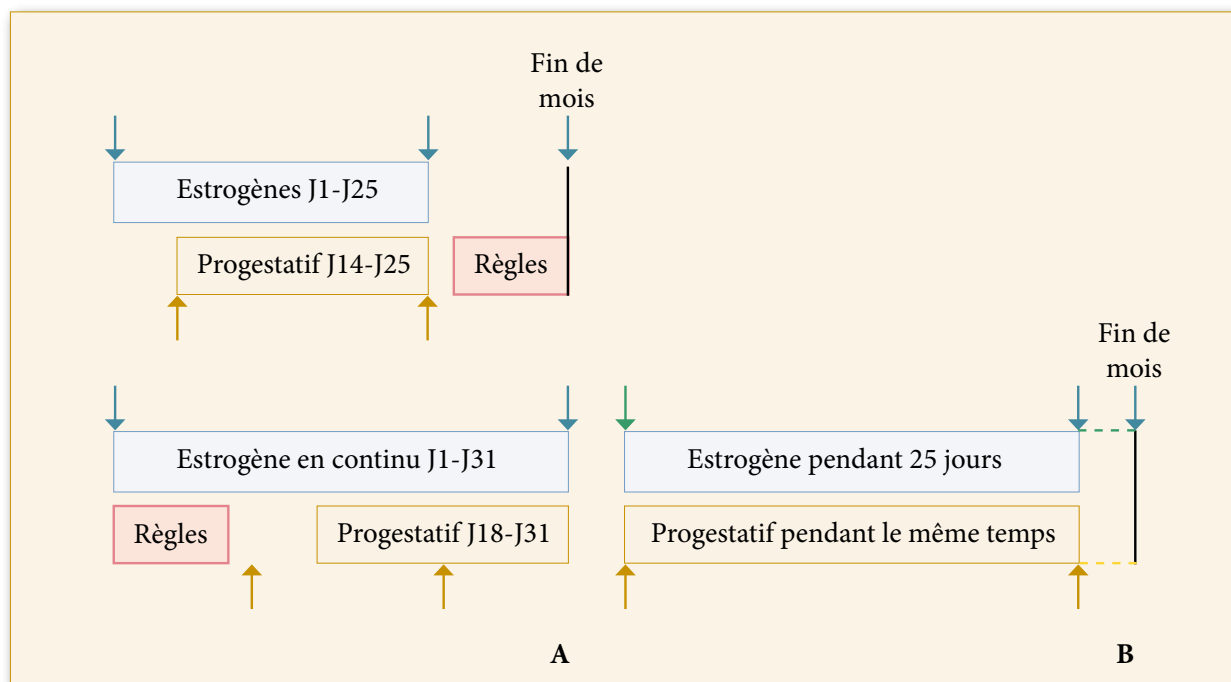
Tableau 4 : Propriétés des progestatifs.

Le schéma séquentiel continu

consiste à poursuivre l'œstrogène pendant tout le mois c'est à dire du 1^{er} au 31^e en association avec le progestatif pendant au moins 14j soit du 18^e au 31^e j.

Schéma combiné

La prise continue d'un œstrogène associé à un progestatif pour la même durée induit une atrophie endométriale supprimant l'hémorragie de privation.



Prise discontinue du j1 au j25 avec arrêt de 5 jours ou en prise continue du j1 au j31 sans arrêt. Ce traitement est prescrit à une femme ménopausée depuis au moins 2 ans.

Indication et contre-indication :

LANSM^[10], stipule qu'aucune durée limite d'utilisation du THM n'a été établie tant que durent les symptômes climériques en commençant par les doses les plus faibles puis augmenter progressivement jusqu'à l'arrêt des symptômes. En informant clairement les risques inhérents à ce traitement. Certaines situations devraient faire évaluer la balance bénéfique /risque.

Surveillance :

Avant la prescription il convient de demander au préalable :

- mammographie dépistage plus une échographie pelvienne à la recherche de pathologies intra-utérines. La surveillance comporte un examen clinique annuel (palpation mammaire plus examen gynécologique). Surveiller les signes d'hypo ou hyper œstrogène, échomammographie/2ans échographie endo-vaginale en cas de métrorragie si endomètre > à 6mm exploration par hystérocopie plus ou moins biopsie.

- Pratiquer une DMO pour bilan osseux initial (femmes ayant des facteurs de risque).
- Bilan métabolique.
- Évaluation du risque cardiovasculaire.

Effet du THM sur QDV :

Toutefois depuis la publication des résultats des études sur la WHI, MWS^[11], l'hypothèse des effets néfastes du traitement hormonal a conduit à une perception radicalement différente expliquant la baisse de prescription mais aussi la baisse de la demande des femmes^[12].

Trois études d'intervention randomisées en double insu ont pu aborder les relations entre THM et qualité de vie.

L'étude PEPI^[13] sur trois ans conclut à une diminution significative des symptômes vasomoteurs d'autant plus prononcés que les symptômes étaient sévères au départ et à une amélioration des symptômes musculo-articulaires.

Par contre aucune différence sur les fonctions cognitives, l'affectivité ou l'anxiété. En résumé les effets du THM sont jugés positifs chez les femmes symptomatiques.

L'étude HERS^[14] également randomisée en double insu sur trois ans, conclut à une amélioration de la qualité de vie surtout chez les femmes se plaignant de bouffées de chaleur et notamment sur les critères émotionnels. Par contre les scores de fonctions physiques et de fatigue déclinaient chez les femmes asymptomatiques au départ et sous THM par rapport au placebo, et reste sans effet sur la qualité de vie chez les femmes ne présentant pas de symptomatologie vasomotrice (moyenne de 67 ans).

WHI conclut globalement à une absence d'amélioration de la QDV en sachant que dans cette étude la population était symptomatique et âgées entre 50 et 79 ans et que

20 % des cas étaient ménopausées depuis plus de 5 ans. D'autres études d'observation ont démontré les mêmes résultats.

Selon les résultats tout récemment publiés (juillet 2010) de la société scientifique d'endocrinologie et en fonction des grades de recommandation [15]

- Pour la QDV :

Le THM améliore en diminuant la symptomatologie (trouble du sommeil et de l'humeur) (grade B) mais sur la qualité de vie globale il passe à un (grade C).

- Bouffées vasomotrices :

La dose standard d'œstrogène (0,5 à 1mg/j d'E2 per os, 50µg/j transcutané et 0,5 mg /j percutané) diminue significativement la fréquence et la sévérité des BVM (grade A). Sans oublier la prévention de l'ostéoporose.

- Sexualité :

300µg/j de testostérone augmente le nombre de rapports sexuels (grade A)

- Pas d'effet sur troubles de l'humeur (grade C)

- Pas d'effet sur le déclin cognitif (grade B)

- Le THM débuté après 65 ans n'améliore pas les désordres cognitifs (grade C) :

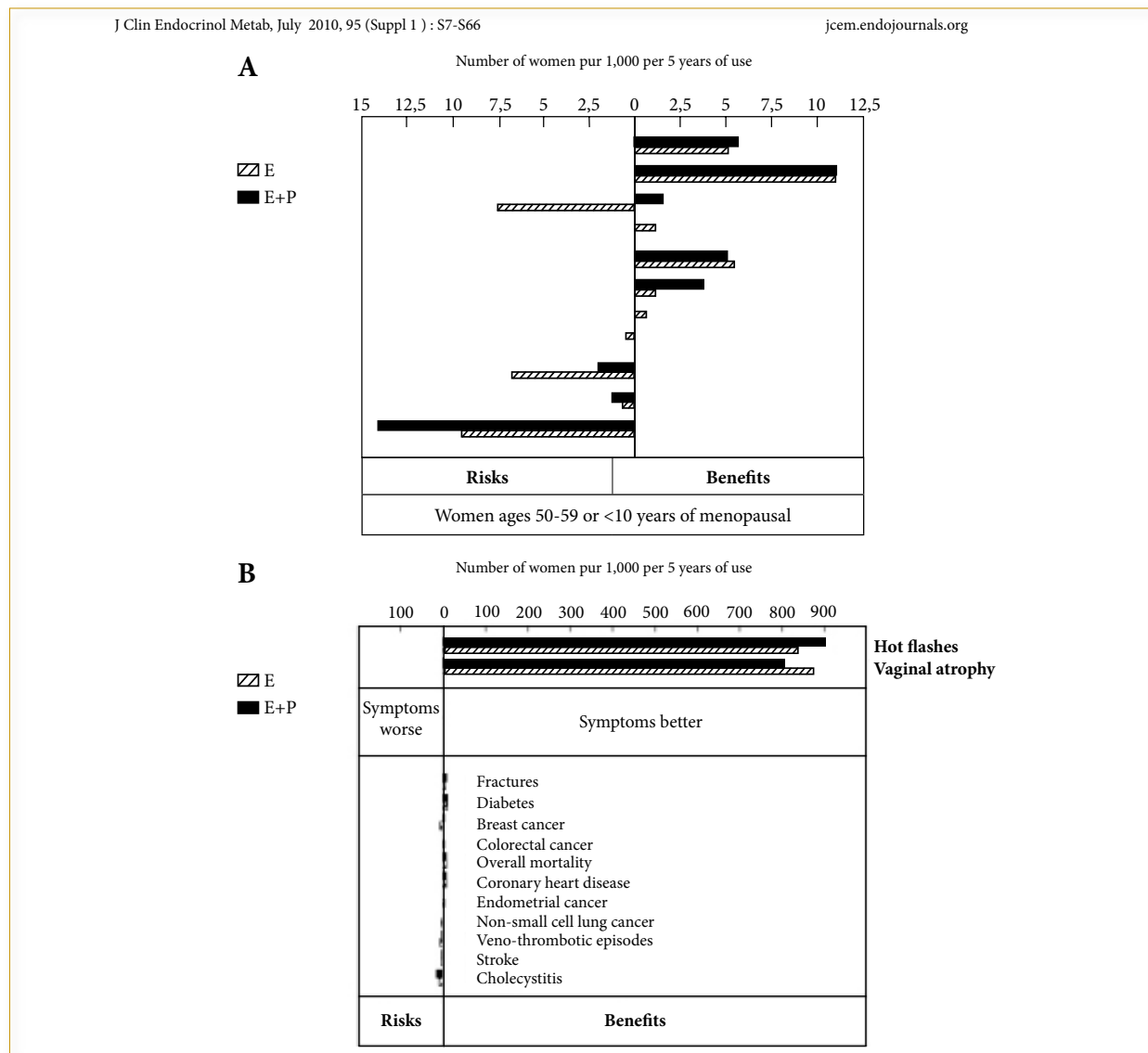
- Troubles génito-urinaires

Les E améliorent l'instabilité vésicale et diminuent les infections récurrentes (grade A)

- Atrophie vaginale :

10µg d'EE par voie vaginale 2 fois /semaine ou 7,5 µg/j anneau vaginal restaure la trophicité vaginale grade A

Bénéfices/risques du THM débuté en début de ménopause (fenêtre d'intervention)



THM et os :

L'accélération de la déminéralisation osseuse expose à la fracture pathologique. Cette perte de l'os touche surtout le col du fémur le rachis et le poignet. Le THM a fait ses preuves dans la réduction de cette perte.

THM et cancer du sein :

La modulation du risque de cancer du sein sous THM, selon le temps d'instauration du THM / au début de la ménopause est rapportée par les études de la WHI, E3N et MWS. L'arrêt du sur-risque après l'arrêt du THM prouve l'effet promoteur et pas initiateur du cancer du sein. Les résultats montrent un sur-risque pour une prescription en début de ménopause en comparaison d'une instauration au bout de 3 à 5 ans ^[16] ; ce qui est en contradiction avec le risque cardiovasculaire.

La NAMS dans sa dernière recommandation estime que la balance bénéfices / risques concernant les moments d'instauration d'un THM penche en faveur de la femme jeune en début de ménopause.

THM et risque cardiovasculaire :

L'IMS dans ses dernières recommandation insiste sur les mesures primaires de prévention des accidents cardiovasculaires que sont le contrôle du poids, de la pression artérielle, la pratique d'un exercice physique, l'arrêt du tabac et le contrôle d'une dyslipidémie et d'un diabète ^[17].

THM et risque veineux thromboembolique : l'utilisation du THM est largement en faveur de l'association d'un estrogène percutané faiblement dosé et de la progestérone naturelle (Étude MEVE) ^[18].

THM et endomètre : il est donc recommandé d'associer un progestatif aux œstrogènes au moins 12j/mois chez les femmes non hystérectomisées.

THM, cancer de l'ovaire et cancer du côlon : Il est impossible de conclure de façon tranchée à un effet néfaste pour le cancer de l'ovaire, les études concluent à une diminution du risque colorectal EN3 ^[19].

3. Alternatives au THM :**• Traitement hormonal par voie orale :**

La Tibolone, Livia® 1 2.5mg/j appartient à la famille des 19-norsteroides et possède, selon les tissus cibles, des propriétés ostrogéniques, progestatives et légèrement androgéniques ; c'est un stéroïde d'action sélective (sas), il est efficace sur les BVM de façon identique au THM, sur la trophicité vulvovaginale et stimule la libido, elle augmente légèrement la densité osseuse mais n'a pas d'action préventive sur les fractures ostéoporotiques, pas d'effet ostrogénique sur l'endo-

mètre donc traitement sans hémorragie de privation, a les mêmes contre-indications que le THM. Certains auteurs ont testé la progestérone qui aurait une action sur les BVM ^[20].

• Traitements hormonaux locaux :

Plusieurs œstrogènes faibles à tropisme local agissant spécifiquement sur les muqueuses vulvovaginales.

• Traitements symptomatiques de la ménopause :

Différents traitements non hormonaux peuvent être prescrits afin d'améliorer les symptômes d'hypoestrogénie avec des résultats variables, ils sont intéressants chez les patientes présentant des contre-indications au THM. Peuvent réduire les bouffées vasomotrices jusqu'à 40% :

- Certains antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) tels que la paroxétine, fluoxétine, ou lexitopram et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNA) comme venlafaxine sont efficaces sur les BVM ^[21] mais n'ont pas l'AMM dans cette indication.

- Anti hypertenseur de la famille des agonistes des récepteurs alpha2 adrénergique, (la clonidine) peuvent être efficace sur les BVM.

- Traitement anticonvulsivant a été utilisé.

- Beta-alanine, acide aminé ou abufène qui possède l'AMM dans cette indication.

- Phyto-œstrogène tels les flavones, les lignanes et les coumestans, ont une efficacité variable sur les BVM.

3. Traitement et prévention de l'ostéoporose ménopausique :

- Les SERMs (modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes) possèdent à la fois une action agoniste et antagoniste des estrogènes variable selon les tissus, raloxifène (Evista® 60mg) à une action préventive démontrée sur l'ostéoporose vertébrale uniquement (étude MORE).

- Les biphosphonates ont une action anti-ostéoclastique et constitue, de ce fait, de puissants inhibiteurs de la résorption osseuse. Ils ont prouvé leur action sur la réduction du risque fracturaire vertébral et périphérique.

La dernière recommandation de GEMVI sur ces différents traitements de l'ostéoporose post-ménopausique incluant le THM ne montrent pas de supériorité d'un traitement/à un autre, cela dépend de l'âge des antécédents.

Conclusion :

La ménopause est une période de transition marquant la vie d'une femme nécessitant une prise en charge adéquate et une surveillance qui permettent de soulager les désagréments occasionnés par le bouleversement

hormonal lié à cette période et de prévenir éventuellement des complications notamment métaboliques et osseuses avec un accompagnement physique et médicamenteux lui permettant de garder une qualité de vie compatible avec l'espérance de cette même vie qui augmente, avec la dignité qu'exige l'époque actuelle.

Date de soumission :

29 Juillet 2018

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références :

- Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations *BMJ* 2004; 328:1490
- J Bitzer, M. Lachowsky. Ménopause et qualité de vie. *Réalités en gynécologie-obstétrique* septembre 2007;123:1.
- WHO. Constitution of the WHO Geneva A. Switzerland: World Health Organization, 1946.
- Hilditch JR, Lewis J, Peter A et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24:161-75.
- Guthrie J, Dennerstein L, Taffe J, Donnelly. V. health care-seeking for menopausal problems. *Climacteric* 2003; 6:112-7.
- Gelfan MM, Moreau M, Ayotte NJ, Hilditch JR et al. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone on replacement therapy : a placebo-controlled study. *Menopause* 2003;10: 29-36.
- Politi MC, Schleinitz MD, col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23:1507-13.
- Anderson E, Hambourger S, Liu JH, Rebar BW. Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:428-33.
- Avis NE, Colvin A, Bromberger JT et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: study of Women's Health Across the Nation. *Ménopause* 2009; 16:860-9.
- Afssaps. Mise au point actualisée sur le traitement hormonal de la ménopause (THM) 2006.
- Ressouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefit of oestrogen plus progestin in healthy post-menopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.
- Genazzani AR, Schneider HP, Panay N et al. The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22: 369-75.
- Reeves GK, Beral V, Green J et al. Hormonal therapy for menopause and breast-cancer risk by histological type: a cohort study and meta-analysis. *Lancet Oncol.*2006; 9:10-8.
- Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA for the Hers Research Group. Quality of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone replacement therap. *JAMA* 2002; 287:591-7.
- Santen RJ et al. 2010. Postmenopausal Hormone Therapy: An Endocrine Society Scientific Statement. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 95, Supplement 1:S1-S66.
- Beral V, Reeves G, Bull D, Green J, and the Million Women Study Collaborators. Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *J National Cancer Inst* 2011; 103:296-305.
- Strudee DW, Pines A, Archer DF, Barber RJ, Barlow D, Birkhauser MH, et al Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for Midlife health. *Climacteric* 2011;14:302-20.
- Olié E, Plu- bureau G, Conard J, Horellou MH, Canonico M, Scarabin PY. Hormone therapy and recurrence of venous thromboembolism among postmenopausal women. *Menopause* 2011; 18:488-93.
- Morois S, Fournier A, Clavel-Chapelon F, Mesrene S, Boutron-Ruault MC. Menopausal hormone therapy and risks of colorectal adenomas and cancer in the French E3N prospective cohort: true associations or bias. *Eur J Epidemiol* 2012; 27:439-52.
- Hitchcock CL, Prior JC. Oral micronized progesterone for vasomotor symptoms: a placebo-controlled randomized trial in healthy postmenopausal women. *Menopause* 2012; 19:886-93.
- Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J et J, et al. Non hormonal therapies for menopausal hot flushes. Systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006;295:2057-71.
- B. LETOMBE CNGOF 2010. « Le syndrome climatérique et la qualité de vie : balance bénéfiques/risques du THM et des traitements symptomatiques », Lille. Extrait des Mises à jour en gynécologie médicale, Volume 2010, publié le 10 Décembre 2010. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_513_letombe.pdf
- Baffet H, Robin G, Letombe B. Ménopause. EMC – gynécologie 2015.

Recommandations aux auteurs

Les articles soumis à publication doivent être envoyés à l'attention du directeur de la rédaction, adresse email : redaction@el-hakim.net, vous trouverez sur le site web de la revue (www.el-hakim.net), le détail des recommandations aux auteurs, qui devront être respectées lors de la soumission de tout article.

Abufène®

BÊTA-ALANINE 400 mg

Prise en charge des bouffées de chaleur de la ménopause,
pour un quotidien serein !



Se référer aux mentions légales du produit pour plus d'informations.