

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Recommendations sur le traitement hormonal lors de la post-ménopause

Pines A, Sturdee DW, Birkhäuser M, Gambacciani M, Panay M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2007; 1 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 21-23

Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Recommandations sur le traitement hormonal lors de la post-ménopause

Publié à la demande du Comité de l'International Menopause Society par A. Pines (président), D. Sturdee (secrétaire général), M. Birkhäuser (trésorier), M. Gambacciani, N. Panay

Les déclarations suivantes expriment l'opinion de l'International Menopause Society (IMS) concernant les principes du traitement hormonal (TH) lors de la péri- et de la post-ménopause.

Tout au long de cet article, l'abréviation TH sera utilisée afin de décrire tous les traitements hormonaux, y compris les œstrogènes, les gestagènes, les thérapies combinées et le tibolone.

La précédente déclaration IMS de 2004 est toujours valable et sert de base à la présente version actualisée.

Nous sommes conscients des particularités géographiques qui président aux différentes priorités en matière de soins médicaux, ainsi que des prévalences variables des maladies, des attitudes – propres à chaque pays – de la part du public, de la communauté médicale et des autorités de santé envers le traitement de la ménopause: tous ces facteurs peuvent influencer le traitement hormonal. Les recommandations suivantes fournissent ainsi une vue d'ensemble simple et globale servant de plate-forme commune aux différents thèmes associés au traitement hormonal. Cette déclaration a été corrigée et discutée par les représentants de plus de 60 sociétés nationales et régionales de la ménopause de tous les continents. Ces recommandations peuvent facilement être adaptées et modifiées en fonction des exigences locales.

■ Principes

Le traitement hormonal devrait être intégré dans une stratégie globale incluant des recommandations sur le mode de vie, notamment les habitudes alimentaires, l'activité physique, le tabac et l'alcool, autant d'éléments visant à maintenir la santé des femmes post-ménopausées. Le TH doit être individualisé et adapté aux symptômes et besoins en tenant compte de la prévention, de l'anamnèse personnelle et familiale, des résultats d'examens spécialisés, des préférences de la femme et de ses attentes. Chez les femmes à la péri-ménopause, les risques et les avantages du TH ne sont pas les mêmes que ceux des femmes plus âgées.

Le TH inclut une variété de préparations hormonales et de modes d'administration dont les risques et les avantages peu-

vent varier. Par conséquent, la notion d'«effet de classe» porte à confusion et n'est guère appropriée.

Les femmes ayant une ménopause spontanée ou iatrogène avant 45 ans, et surtout avant 40 ans, présentent un risque accru de maladie cardio-vasculaire et d'ostéoporose. Elles bénéficient d'un traitement de substitution hormonal qui devrait être administré au moins jusqu'à l'âge normal de la ménopause.

Les conseils prodigués devraient mentionner les bénéfices et les risques du TH en des termes accessibles, c'est-à-dire sous forme de nombres absolus plutôt que de pourcentages de modifications à partir de la valeur de départ. Cela permet à la femme et à son médecin de prendre une décision en tout état de cause concernant le TH.

Le TH ne doit pas être recommandé lorsque son indication n'est pas évidente.

Les femmes prenant un TH devraient se soumettre au moins à une consultation annuelle incluant un examen clinique, une anamnèse médicale actuelle, des examens de laboratoire et d'imagerie adéquats ainsi qu'un entretien sur leur mode de vie.

Aucune raison n'impose de limiter la durée du traitement.

La décision de poursuivre ou non le traitement devrait être prise avec la certitude que l'utilisatrice et son médecin sont bien informés, en fonction des buts spécifiques et de l'évaluation objective des avantages et des risques liés au traitement.

Il convient de choisir la dose efficace la plus faible possible. De faibles doses de TH utilisées dans la routine peuvent conserver la qualité de vie de très nombreuses utilisatrices. On manque encore de données à long terme en ce qui concerne les doses les plus fiables et le risque de fractures et d'événements cardio-vasculaires.

Dans l'ensemble, un gestagène devrait être associé aux œstrogènes systémiques chez toutes les femmes ayant conservé leur utérus afin d'empêcher une hyperplasie de l'endomètre et un cancer. Cependant, la progestérone et certaines gestagènes exercent des avantages spécifiques qui pourraient justifier leur utilisation, en sus de leur action souhaitée sur l'endomètre. Des œstrogènes administrés à faible dose par voie vaginale afin d'améliorer l'atrophie uro-génitale n'exigent pas de co-médication par gestagène. La libération directe de gestagène dans la cavité utérine à partir du vagin ou via un système intra-utérin est judicieuse et peut réduire le taux d'effets indésirables systémiques.

Pour toute la correspondance: Univ.-Prof. Dr. Martin Birkhäuser, Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitäts-Frauenklinik, Inselspital, CH 3010 Bern, Effingerstrasse 102, E-Mail: martin.birkhaeuser@insel.ch

Pour de plus amples informations, veuillez contacter: IMS Executive Director Ms Jean Wright, PO Box 687, Wray, Lancaster LA2 8WY, UK, e-mail: jwright.ims@btopenworld.com, www.imsociety.org

La substitution androgénique devrait être réservée aux femmes présentant des signes cliniques d'insuffisance en androgènes. Chez les femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale ou atteintes d'insuffisance surrénalienne, une substitution androgénique offre des avantages significatifs, notamment sur la qualité de vie corrélée à la santé et aux fonctions sexuelles.

■ Avantages du traitement hormonal

Généralités

Le TH reste la manière la plus efficace de traiter les symptômes vasomoteurs et urogénitaux dus à une déficience en œstrogènes. Les autres symptômes associés à la ménopause tels que douleurs articulaires et musculaires, labilité de l'humeur, troubles du sommeil et dysfonction sexuelle (notamment baisse de la libido) peuvent être soulagés par un TH. La qualité de vie et la sexualité sont des facteurs-clés à considérer dans le traitement de la personne qui avance dans l'âge. L'administration d'un TH individualisé (incluant des substances androgéniques si nécessaire) améliore la sexualité et la qualité de vie globale.

Ostéoporose post-ménopausique

Le TH est efficace dans la prévention de la perte osseuse associée à la ménopause et il diminue l'incidence de toutes les fractures liées à l'ostéoporose, dont les fractures de vertèbres et de hanches, même chez les patientes à faible risque. Bien que l'amplitude de diminution du turn-over osseux soit liée à la posologie de l'œstrogène administré, même des posologies inférieures aux doses standards influencent de manière positive les indices osseux chez la plupart des femmes. Sur la base des preuves à disposition concernant l'efficacité, les coûts et la sécurité, le TH représente un traitement de première ligne adapté aux femmes à la post-ménopause ayant un risque accru de fracture, notamment avant 60 ans et pour prévenir la perte osseuse chez la femme présentant une ménopause précoce. A l'arrêt du traitement, l'effet protecteur de celui-ci sur la densité minérale de l'os diminue à une vitesse imprévisible, bien qu'une certaine protection envers les fractures puisse persister après l'arrêt du TH.

L'instauration d'un TH à faible dose n'est pas recommandé dans le seul but de prévenir les fractures après 60 ans. La poursuite du TH après 60 ans uniquement afin de prévenir les fractures devrait prendre en compte les éventuels effets à long terme associés à la dose spécifique et au mode d'administration du TH par rapport à d'autres thérapies dont l'effet a été démontré.

Avant tout, les autorités de contrôle devraient mettre à jour leurs recommandations actuelles.

Maladie cardio-vasculaire

La maladie cardio-vasculaire est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les femmes à la post-ménopause. Les principales mesures de prévention primaires (en sus de

l'arrêt du tabagisme et du contrôle de l'alimentation) sont le contrôle du poids, de la tension artérielle, de la glycémie et des lipides. On sait que le TH peut exercer un effet cardio-protecteur s'il est instauré aux alentours de la ménopause et s'il est poursuivi à long terme (concept souvent défini sous le terme de «fenêtre d'opportunité»). Le TH réduit le risque de diabète et exerce un effet positif sur les autres facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire tels que le profil lipidique et le syndrome métabolique.

Chez les femmes âgées de moins de 60 ans, récemment ménopausées et ne souffrant pas de maladie cardio-vasculaire, l'instauration d'un TH ne provoque pas de troubles précoces et il est capable de réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires. La décision d'interrompre un TH au-delà de l'âge de 60 ans devrait être prise dans le cadre d'une analyse globale des bénéfices et des risques.

Autres avantages

Le TH offre des avantages au niveau du tissu conjonctif, de la peau, des articulations et des disques intervertébraux. Le TH peut réduire le risque de cancer du côlon. Un TH instauré aux alentours de la ménopause ou chez les femmes jeunes à la post-ménopause réduit le risque de développer une maladie d'Alzheimer.

■ Effets indésirables potentiellement sérieux et effets indésirables sévères du traitement hormonal

Les études analysant le risque associé à la prise d'hormones lors de la post-ménopause ont porté, avant tout, sur le cancer du sein et de l'endomètre, les thromboembolies veineuses (embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde), les AVC et les événements coronariens.

Cancer du sein

L'incidence de cancer du sein varie selon les pays. Par conséquent, il est impossible de généraliser les résultats issus des données actuellement disponibles. L'association entre cancer du sein et TH à la post-ménopause reste controversée.

Il est nécessaire de rassurer les femmes sur le fait que le risque éventuel de cancer du sein associé au TH est faible (moins de 0,1 % par an). En ce qui concerne le TH combiné, les données d'observation issues du Million Women Study suggèrent que le risque de cancer du sein augmente dès la première année, suscitant des réserves sévères sur d'éventuelles déficiences méthodologiques. Inversement, les données contrôlées randomisées issues du Women's Health Initiative (WHI) n'indiquent aucun risque accru chez les femmes qui débutent un TH jusqu'à une période de 7 ans. Il faut remarquer que la majorité des patientes du WHI étaient obèses ou présentaient un excès de poids.

Les données du WHI et de l'étude Nurses' Health suggèrent que l'administration à long terme d'œstrogènes seuls pendant une période de 7 et 15 ans respectivement n'augmente

pas le risque de cancer du sein chez les femmes américaines. De récentes études d'observation menées en Europe suggèrent que ce risque peut augmenter après 5 ans.

On ne dispose pas de suffisamment de données permettant d'évaluer d'éventuelles différences dans les taux d'incidence de cancer du sein, en fonction des différents types et modes d'administration des œstrogènes, gestagènes et androgènes.

La densité de départ tissulaire à la mammographie est corrélée au risque de cancer du sein. Ceci ne s'applique pas forcément à l'augmentation de densité à la mammographie induite par le TH.

Cette augmentation, associée au traitement combiné œstrogènes-progestérone, peut rendre difficile l'interprétation diagnostique des mammographies.

Cancer de l'endomètre

L'administration d'œstrogènes seuls induit une stimulation dose-dépendante de l'endomètre.

Les femmes ayant conservé leur utérus devraient donc recevoir un traitement par gestagène.

L'administration continue de schémas de traitement œstrogènes-gestagène est associée à une incidence plus faible d'hyperplasie de l'endomètre et de cancer que parmi la population normale.

Les systèmes de libération intra-utérins directs peuvent avoir des avantages. Les schémas d'administration de doses d'œstrogènes et de gestagènes faibles/ultra-faibles stimulent moins l'endomètre et provoquent moins d'hémorragies.

Thromboembolies et événements cardiovasculaires

Le risque de thromboembolie veineuse sévère associée au TH augmente avec l'obésité et la thrombophilie. En évitant l'effet de premier passage hépatique, les œstrogènes par

voie transdermique peuvent empêcher le risque inhérent au TH oral. Les femmes débutant tardivement un TH à dose standard peuvent développer un risque transitoire, légèrement accru, d'événement coronarien. Le risque d'AVC est corrélé à l'âge. Le TH peut augmenter le risque d'AVC ischémique.

Les données relatives à la sécurité, issues d'études utilisant des doses faibles et ultra-faibles d'œstrogènes et de progestérone, sont encourageantes.

■ Traitements alternatifs

L'efficacité et la sécurité des médicaments alternatifs complémentaires n'ont pas été démontrées, et nécessitent des études plus approfondies.

Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline et la gabapentine se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes vasomoteurs lors d'études à court terme. Leur sécurité à long terme exige de plus amples investigations.

Aucune raison médicale ou scientifique n'impose de recommander des «hormones bio-identiques» non enregistrées par les autorités. La mesure du taux d'hormones salivaires n'est pas utile sur le plan clinique. Ces préparations hormonales «sur mesure» n'ont pas été testées lors d'études et leur pureté et leurs risques sont inconnus.

■ Recherches

Il est urgent de disposer d'analyses plus fouillées, notamment en ce qui concerne les mérites relatifs, schémas et modes d'administration des faibles doses.

Le 28 février 2007

La déclaration originale sur la position de l'IMS a été publiée dans Climacteric 2004; 7: 8-11.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)