Nouvelles lignes directrices en Suisse : quelques recommandations

Autor(en): **Wirthner, Daniel**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 1

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950030

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

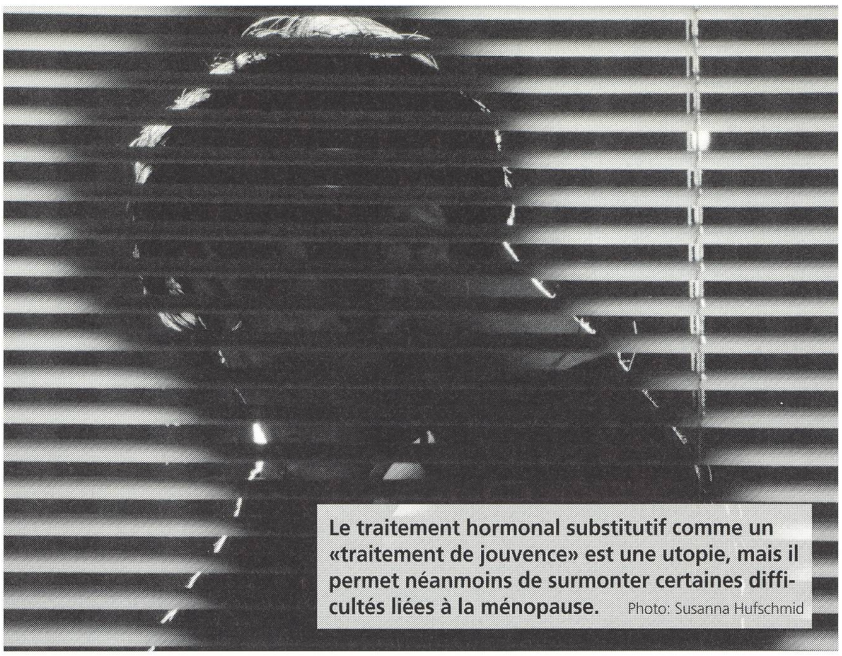
http://www.e-periodica.ch

d'œstrogènes conjugués d'origine équine et d'un analogue synthétique de la progestérone présentaient plus de cancers du sein et plus d'accidents cardiovasculaires (thromboses et embolies, infarctus, attaques) que celles qui n'en prenaient pas. Or, même si l'on savait depuis plusieurs années que le THS pouvait être associé à une augmentation marginale de l'incidence de cancers du sein, ce risque aurait dû être compensé par le bénéfice attendu du THS sur les événements cardiovasculaires, première cause de mortalité féminine. Ces résultats, en totale contradiction avec ce qui était attendu, ont conduit à l'arrêt prématuré d'une partie de la WHI en raison d'effets secondaires inacceptables du THS administré.

Faut-il pour autant jeter le bébé avec l'eau du bain, et vouer aux gémonies tout traitement hormonal substitutif de la ménopause?

La réponse doit probablement être beaucoup plus nuancée. Il faudra notamment intégrer les connaissances actuelles de la physiologie, ainsi que de la physiopathologie féminines, aux résultats de la WHI, en se souvenant que ces résultats sont probablement spécifiques au type de traitement appliqué dans cette étude.

Dr François Pralong



Le traitement hormonal substitutif comme un «traitement de jouvence» est une utopie, mais il permet néanmoins de surmonter certaines difficultés liées à la ménopause. Photo: Susanna Hufschmid

Nouvelles lignes directrices en Suisse

Quelques recommandations

Le terme ménopause signifie étymologiquement (mênos = mois, pausis = cessation) l'arrêt définitif des règles, phénomène ne représentant toutefois qu'un élément parmi d'autres modifications fonctionnelles et physiques survenant à plus ou moins long terme.

LA date de la ménopause n'est pas facile à déterminer avec précision. En effet, il n'est pas rare qu'une période plus ou moins longue d'irrégularités menstruelles précède l'arrêt définitif des règles. En pratique, on considère qu'une femme âgée de plus de 45 ans sans règles depuis plus d'une année est ménopausée. Avant cet âge ou en cas de doute, des analyses hormonales nous permettent d'exclure une autre cause d'absence de règles, comme une grossesse par exemple!

L'âge moyen de la ménopause est de 50 ans chez les Européennes, dans une fourchette de 40 à 55 ans. De nombreux paramètres sont susceptibles d'influencer l'âge de la ménopause, parmi lesquels le tabac: une fumeuse voit en moyenne survenir l'arrêt définitif des règles avec 1,8 an d'avance.

Le Dr **Daniel Wirthner** est médecin associé au département de gynécologie-obstétrique, du CHUV, Lausanne.

Les symptômes

A l'apparition de la ménopause, outre l'arrêt définitif des règles, plusieurs manifestations liées à la carence hormonale sont susceptibles d'apparaître, ressenties très différemment suivant les individus. En effet, certaines femmes vont se plaindre de plusieurs symptômes altérant leur qualité de vie, alors que d'autres ne présenteront aucun problème particulier.

Les symptômes rapidement présents se caractérisent par de nombreuses manifestations fonctionnelles. Parmi les troubles qui se manifestent en premier, chez 80% des femmes, il faut citer les bouffées de chaleur diurnes ou nocturnes, les maux de tête, les palpitations. Ces symptômes diminuent progressivement pour ne plus toucher que 20% des femmes après 10 ans de carence hormonale. Les autres troubles fréquemment décrits sont l'insomnie, la fatigue, l'irritabilité, l'anxiété, la dépression, ainsi que la sécheresse vaginale associée à une diminution de l'épaisseur de la paroi vaginale.

L'ostéoporose fait partie des conséquences à long terme de la carence en hormones ovariennes. En effet, l'os est un tissu vivant qui se remodèle conti-

nuellement. Dès 30–35 ans, la masse osseuse diminue progressivement. Cette perte osseuse s'accélère dès l'apparition de la ménopause. Si un certain degré est atteint, le risque de fracture augmente fortement. Toutefois la masse osseuse varie considérablement d'un sujet à un autre. Le manque d'œstrogènes n'est de loin pas le seul des facteurs permettant d'expliquer l'apparition de l'ostéoporose. S'y ajoutent des facteurs génétiques, endocriniens, nutritionnels, ainsi que la prise de certains médicaments, telle la cortisone. L'absence d'exercice physique est aussi un facteur déterminant.

Le traitement

La ménopause constitue une occasion idéale pour réévaluer son mode de vie et apporter les changements nécessaires en vue d'améliorer sa qualité de vie (exercices réguliers, régime alimentaire adéquat, abandon du tabac, réduction de la consommation d'alcool, etc.). Le traitement hormonal substitutif (THS) perçu comme un «traitement de jouvence» n'est qu'une utopie. Le THS permet de surmonter certaines difficultés liées à la ménopause. Il a son utilité quand la qualité de vie est altérée. Son efficacité par exemple sur les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil est remarquable.

Toutefois, le THS présente aussi des risques. Il existe par exemple une augmentation des maladies thrombo-emboliques; et les dernières études montrent une augmentation, certes faible, des cancers du sein après quatre ans de traitement. Le risque augmente avec la durée de la prise et la dose. En Europe, le traitement hormonal peut être prescrit de plusieurs manières. Les hormones sont administrées par l'intermédiaire de comprimés, de patches, de crèmes, par voie transvaginale ou par spray nasal. La posologie varie suivant les produits et doit être réduite au minimum utile.

Les recommandations actuelles

D'après la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique et la Société suisse de ménopause.

- Le syndrome climatérique et l'amélioration de la qualité de vie manifestement affectée par un déficit d'œstrogènes représentent les principales indications à l'hormonothérapie.
- La seule prévention cardiovasculaire n'est plus une indication en faveur d'un THS.
- Il faut préférer des traitements courts (cinq ans ou moins). Toutefois, une thérapie à long terme est justifiée chez les femmes dont les symptômes ne peuvent être soulagés que par l'administration d'œstrogènes. Les traitements demi-doses doivent être proposés.
- Le THS requiert une indication claire, et les risques et bénéfices doivent être évalués pour chaque patiente qui doit de surcroît en être pleinement informée.

La prescription d'un traitement hormonal est le résultat d'une analyse des antécédents familiaux, de l'histoire médicale, du mode de vie et des symptômes présents chez la patiente venant consulter. La décision finale incombe à la patiente qui aura pu, après un entretien approfondi avec son médecin, évaluer les avantages et les risques liés à la prise du THS. Il faut réévaluer régulièrement l'opportunité de continuer le traitement hormonal.

Dr Daniel Wirthner

Femme ménopausée

Quelle thérapie de substitution hormonale?

La première piste, à court terme, consisterait à étudier les mérites respectifs de différents dosages de traitements de substitution ainsi que différentes formes d'administration d'œstrogène ou de progestérone actuellement à disposition.

L'action des œstrogènes, comme pour tout médicament, est extrêmement dépendante de la dose utilisée et de son mode d'administration. Or, les études publiées à ce jour n'ont utilisé qu'un type de dosage dans une seule combinaison. De plus, les hormones utilisées dans les études américaines diffèrent de celles auxquelles on a habituellement recours en Europe.

A noter que, dans le cas bien connu de la pilule contraceptive, la diminution du dosage des stéroïdes, ainsi que la modification de la nature des hormones utilisées ont permis au fil des ans de réduire considérablement les risques jusqu'à les rendre tout à fait acceptables, tant au point de vue individuel qu'au point de vue financier en santé publique.

La deuxième piste, pour le plus long terme, consiste à poursuivre les efforts de recherche fondamentale permettant de comprendre les mécanismes d'action des hormones stéroïdiennes dans les différents tissus cibles tels que l'endomètre, la muqueuse vaginale, la paroi des vaisseaux, le foie ou les os.

Prof. Bernard Rossier

Les poncifs ont la vi

Enfin une

La ménopause devrait être une étape normale dans la vie de toute femme. Elle est, à l'inverse de la puberté, le passage d'une vie hormonale sexuelle cyclique à une autre, linéaire, proche, dans son fonctionnement, de celle des hommes. La Nature a simplement bien fait les choses en limitant la possibilité de procréation à un âge où la mère pourra assurer le devenir de son enfant pour l'amener à l'âge adulte.

PAR ailleurs, il est frappant de constater que seules les femmes des pays développés semblent souffrir de troubles désagréables, et parfois graves, lors de la ménopause! Il y a plusieurs raisons à cela, mais deux semblent primer. La première est la manière dont nous concevons et vivons – «inconsciemment» – notre sexualité, à quoi s'ajoute notre «image» du vieillissement! La seconde, et non des moindres, concerne les perturbations hormonales féminines.

Les recherches scientifiques les plus récentes rendent compte et démontrent que les troubles de la ménopause ne sont que l'aboutissement de longues années de déséquilibre hormonal, déséquilibre causé, non pas par une carence en oestrogène, (à part 3% de la population ayant souffert d'une anorexie ou ayant exercé un sport de pointe) comme on l'avait pensé jusqu'il y a peu, mais bien par une carence en progestérone…

Fin de la vie sexuelle

La ménopause survenant, et la conception d'un enfant n'étant plus possible, l'idée s'impose insidieusement que la vie sexuelle est terminée! Il n'en est rien, bien sûr, et pourtant, nombre de femmes,