

Actualité → MÉNOPAUSE : NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et le Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (Gemvi) viennent de publier leurs recommandations pour la prise en charge des femmes à la ménopause (Congrès Pari(s) Santé Femmes, le 13 janvier 2021).

Comment prendre en charge la transition ménopausique, qui constitue une étape importante et obligatoire de la vie des femmes ? Quel est le retentissement pour chaque femme de l'arrêt de la fonction ovarienne sur le plan physique, psychique, voire social ? Au-delà de ses bénéfices sur les symptômes fonctionnels de la ménopause (bouffées vaso-motrices, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, douleurs ostéo-articulaires...), le traitement hormonal de la ménopause (THM) est-il la réponse appropriée pour prévenir les conséquences tissulaires à plus long terme de la carence estrogénique, notamment l'ostéoporose ou les risques cardio-vasculaires ? Est-il réellement responsable de la survenue de certains cancers ? Quelle information le médecin doit-il donner ?

L'argumentaire scientifique rédigé par 19 experts français est issu de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature selon le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé. Il recommande, dans la

situation physiologique, de ne faire aucun examen complémentaire pour le diagnostic de ménopause. C'est par contre au début de cette nouvelle situation de carence hormonale, qui va durer près d'un tiers de la vie des femmes, qu'une évaluation personnalisée des risques cardio-vasculaires et d'ostéoporose doit être proposée. C'est ainsi qu'il est également recommandé de supprimer les toxiques et notamment le tabac, d'avoir une alimentation équilibrée, de lutter contre la sédentarité et d'avoir une activité physique régulière associant exercices en charge avec impact et renforcement musculaire pour maintenir un poids normal et limiter l'augmentation des risques coronariens, tout comme d'ostéoporose et de fracture.

En cas de bouffées vasomotrices importantes ou chez la femme à risque fracturaire majoré, il est recommandé de proposer, en première intention, le THM. Celui-ci doit être débuté dans les dix premières années d'installation de la ménopause. La réévaluation de l'étude américaine WHI

a ainsi montré que, prescrit entre 50 et 60 ans, il réduisait la mortalité globale. Pour limiter le sur-risque de thrombose veineuse et d'accident vasculaire cérébral, il est recommandé de privilégier la voie cutanée de l'estradiol et, lorsque nécessaire,

« L'argumentaire scientifique rédigé par 19 experts français est issu de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature selon le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé. »

Pr Patrice Lopes

en association avec la progestérone ou la dydrogestérone. Cette association d'un progestatif à l'estradiol est indispensable pour la prévention du cancer de l'endomètre ; elle est inutile de facto chez une femme hystérectomisée. Si, globalement, le THM apparaît associé à une augmentation du risque de cancer du



© meunier - studio de la photo.com / DR

sein et de l'ovaire (de type séreux et endométrioïde), il a en revanche été associé à une diminution du risque de cancer colorectal et de la plupart des cancers digestifs. Le THM ne doit pas être recommandé dans la prévention de la maladie d'Alzheimer ou la prévention du déclin cognitif. Pour la prise en charge du syndrome génito-urinaire de la ménopause (envies fréquentes d'uriner, sécheresse vulvaire, douleurs lors des rapports sexuels), un traitement local, par voie vaginale, est recommandé en première intention.

Il est dans tous les cas important de rappeler que les THM sont nombreux, avec des effets différents selon les molécules, les doses, le mode d'administration et le moment de la prescription. Un même THM peut avoir des effets positifs en début de ménopause ou au contraire favoriser des complications vasculaires s'il est donné à distance, sur une artère

déjà lésée, en présence de plaques d'athérome. Le risque attribuable au THM de cancer du sein ou de l'ovaire sera pour partie dépendant du moment de son initiation et surtout de son association avec un progestatif selon son type et sa durée, les études d'observation françaises ayant montré un risque moindre avec l'estradiol associé à la progestérone ou la dydrogestérone. La décision est parfois difficile à prendre ; elle doit toujours être éclairée par le médecin, personnalisée et réévaluée régulièrement pour s'adapter à la situation clinique et aux attentes de la femme.

Pr Patrice Lopes (Nantes), au nom du groupe de coordination : Pr Florence Trémollières (Toulouse), Pr Xavier Fritel (Poitiers), Pr Nathalie Chabbert-Buffet (Paris), Pr Geneviève Plu Bureau (Paris) et Pr Olivier Graesslin (Reims).