



CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT

Peu nombreuses, elles doivent, cependant, être respectées. Ce sont principalement les antécédents personnels de cancer du sein et de thrombose : phlébite, embolie pulmonaire. Dans de ce dernier cas, seule l'administration cutanée ou nasale d'estrogènes pourra être envisagée.

D'autres problèmes ne constituent pas des contre-indications au traitement mais nécessitent des précautions d'emploi : les maladies bénignes du sein (les mastoses), les fibromes, l'endométriose, les méningiomes.

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Elle est identique à celle que devrait suivre toute femme après 50 ans, même en l'absence de traitement. Le bilan de départ associe, au minimum, un examen clinique général et gynécologique, des frottis de dépistage, une mammographie et un bilan sanguin du sucre et des graisses. Après une première prescription de 3 mois, la surveillance ultérieure consiste en 1 à 2 consultations annuelles, des frottis réguliers et une mammographie tous les 2 ans, en règle générale. Dans certains cas, d'autres examens ou une surveillance plus rapprochée peuvent être utiles. Votre médecin vous conseillera et vous donnera toutes les explications nécessaires. Ces examens permettent une surveillance régulière et un dépistage précoce à un âge où la pathologie bénigne et maligne, gynécologique et mammaire devient particulièrement fréquente. Ainsi, les femmes suivant un traitement hormonal substitutif bénéficient souvent d'une meilleure surveillance que les femmes non traitées. Acceptez et respectez cette vigilance, peu contraignante, qui est le gage de votre sécurité.

ADAPTATION DU TRAITEMENT

Au moment de la ménopause, chaque femme représente un cas particulier : vos troubles, vos facteurs de risque (par exemple d'ostéoporose) et vos réactions (efficacité et tolérance) aux traitements sont personnels. D'autre part, votre médecin bénéficie d'une vaste gamme de traitements hormonaux de la ménopause (différentes voies d'administration, différents protocoles et différents dosages).

Le plus souvent, la première prescription hormonale est efficace et bien tolérée. Mais parfois, avant de trouver un traitement adapté à votre problème, votre médecin peut être amené, en général lors des premiers mois, à modifier votre traitement. N'hésitez donc pas à le contacter ou à le revoir en cas de problème. La persistance des troubles, en particulier des bouffées de chaleur, est le plus souvent en rapport avec un sous-dosage en estrogènes alors que des symptômes congestifs (tension des seins ou gonflements) évo-

quent, au contraire, un sur-dosage. Il faut trouver la posologie adéquate, efficace et bien tolérée.

EFFETS BÉNÉFIQUES

QUALITÉ DE VIE

L'amélioration ou la préservation de votre qualité de vie représente un bénéfice important du traitement et vous pourrez rapidement l'apprécier. Ainsi, les bouffées de chaleur et les sueurs, volontiers nocturnes et source d'insomnie, concernent environ 3 femmes sur 4 : dans la moitié des cas, elles durent au moins 5 ans et sont encore présentes 10 ans plus tard une fois sur 4. Le traitement hormonal substitutif permet de les supprimer rapidement, le plus souvent dès le premier mois. Parallèlement, il améliore le sommeil. D'autre part, le traitement évite ou permet de supprimer la sécheresse vaginale, préservant ainsi votre sexualité. En améliorant votre confort, le traitement peut aussi jouer sur la fatigue et la dépression.

Ainsi, plusieurs études effectuées à l'aide de questionnaires de qualité de vie ont permis de démontrer que celle-ci était meilleure chez les femmes traitées

LA PRÉVENTION DU VIEILLISSEMENT CUTANÉ

De nombreuses études rigoureuses ont montré que le traitement hormonal contribue à la lutte contre le vieillissement de la peau, notamment en améliorant la teneur en collagène et la circulation sanguine cutanée.

TROUBLES URINAIRES

Les fuites et les infections urinaires sont moins fréquentes sous traitement.

VAGIN ET VULVE

Les estrogènes empêchent l'atrophie du vagin et de la vulve, souvent responsables de gêne ou douleurs lors des rapports sexuels, d'infection et de démangeaisons.

PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE

A partir de 25 ans, la masse osseuse diminue légèrement avec l'âge. Sans traitement hormonal, cette perte s'accélère à la ménopause, favorisant l'apparition de l'ostéoporose, responsable de fractures du poignet, de tassements des vertèbres, provoquant un raccourcissement de la taille et des déformations, et surtout du col du fémur. Plus d'une femme sur 3 sera ostéoporotique après la ménopause. Les principaux facteurs de risque étant :

- la vitesse de la perte osseuse : certaines femmes perdront leur masse osseuse plus vite que d'autres ;

- l'hérédité, conditionnant l'importance du capital osseux élaboré à 25 ans, le tabagisme, la prise de cortisone, d'hormones thyroïdiennes, etc.

Les estrogènes constituent la meilleure prévention de la perte osseuse. Ils sont actifs quelle que soit la date de début du traitement par rapport à la ménopause. Autrement dit, il n'est jamais trop tard pour commencer un traitement.

La dose d'estrogènes devra être adaptée à chaque femme. Si vous ne supportez que de faibles doses, votre médecin pourra y adjoindre du calcium et de la vitamine D. C'est dans ces cas, et également si la prise d'estrogènes n'est pas possible ou pas souhaitée, qu'une densitométrie osseuse sera utile. Cet examen, parfaitement anodin, permet de déterminer votre masse osseuse en quelques instants et d'en suivre l'évolution.

Enfin, pour prévenir l'ostéoporose il ne faut pas oublier les bienfaits de l'exercice physique (gymnastique et marche), les méfaits du tabagisme et la nécessité d'assurer un apport de calcium alimentaire suffisant.

PRÉVENTION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

En France, (mais plus encore aux Etats-Unis), les maladies cardio-vasculaires sont responsables de la majorité des décès des femmes de 70 ans et plus.

La lutte contre la surcharge pondérale, l'exercice physique, la suppression du tabac constituent des mesures préventives dont l'efficacité est reconnue. Il en est de même de la diminution du cholestérol sanguin.

A cet égard, un THS améliore le bilan lipidique en diminuant le taux de cholestérol tout en augmentant le "bon" cholestérol c'est-à-dire la fraction HDL. Il agit également directement sur les artères, augmentant leur débit et s'opposant au dépôt de graisses sur les parois, c'est-à-dire l'athérosclérose.

Un certain nombre d'études épidémiologiques permettent d'espérer une diminution du risque vasculaire, mais la confirmation définitive ne sera apportée qu'à partir de 2005, lorsque seront connus les résultats d'importantes études actuellement effectuées aux USA comparant, en double insu, THS et placebo. Malheureusement, ces études sont menées avec des produits pas toujours identiques à ceux utilisés en Europe et plus particulièrement en France.

Par ailleurs, le THS ne modifie pas la tension artérielle, mais celle-ci peut augmenter avec l'âge et reste à surveiller.

On ne peut affirmer pour l'instant que le traitement hormonal substitutif diminue le risque d'accident vasculaire cérébral. En revanche, il ne l'augmente pas.

PROTECTION DES FONCTIONS INTELLECTUELLES, MÉMOIRE EN PARTICULIER

Il s'agit d'une donnée récente. Une protection contre le développement de la maladie d'Alzheimer semble pouvoir être espérée : les différentes études menées montrent une diminution du risque de 30 à 50 % chez les femmes traitées par rapport aux femmes non traitées.

Ces études ont cependant porté sur un trop petit nombre de femmes pour faire de cet espoir une certitude.

Par ailleurs, les femmes qui souffrent de simples troubles de la mémoire au moment de la ménopause peuvent améliorer leurs performances grâce au traitement (notion elle aussi à confirmer).

UN TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF IMPLIQUE-T-IL DES RISQUES ?

Toute prise de médicament ou d'hormones implique ce que l'on appelle un « risque thérapeutique ». Aussi importe-t-il d'en évaluer individuellement l'importance et de le comparer aux avantages procurés par le traitement.

RISQUE DE PRISE DE POIDS

L'augmentation du poids observée dans l'espèce humaine avec l'âge, 10 kg en moyenne entre 20 et 60 ans chez la femme, provient essentiellement de la sédentarité. La ménopause constitue, à cet égard, une période de vulnérabilité.

De nombreuses études rigoureuses, comparant femmes traitées et femmes prenant un placebo ont démontré qu'un THS convenablement dosé :

- ne faisait pas grossir,
- maintenait la silhouette féminine en évitant l'accumulation des graisses dans le haut du corps (ventre, dos, seins...), facteur de risque cardio-vasculaire majeur.

Une alimentation équilibrée et un exercice physique régulier afin de préserver ou d'augmenter la masse musculaire, constituent, par ailleurs, la meilleure prévention vis-à-vis de la prise de poids.

RISQUE DE THROMBOSE, C'EST-À-DIRE DE FORMATION D'UN CAILLOT DANS UNE VEINE

Mis en évidence chez certaines utilisatrices de pilules contraceptives, ce risque est très faible avec les estrogènes naturels. Il ne concerne que certaines femmes prédisposées, c'est-à-dire ayant spontanément une anomalie de la coagulation. D'où l'importance de signaler à votre médecin toute phlébite ou embolie pulmonaire survenue chez vous même ou chez un parent proche.



Ce risque de thrombose justifie, par mesure de prudence, l'interruption du traitement hormonal substitutif avant toute intervention chirurgicale importante et tout allègement prolongé, ces circonstances constituant des facteurs favorisants. En revanche, l'existence de varices ne contre-indique pas un traitement hormonal substitutif.

RISQUE DE CANCER

- Cancer du colon : le traitement hormonal substitutif diminue de 50 % environ la fréquence de ce cancer, 2ème cancer féminin chez les non fumeuses.
- Cancer de l'utérus : le traitement hormonal substitutif n'a pas d'effet sur le cancer du col de l'utérus. Les estrogènes pris isolément pourraient augmenter la fréquence du cancer du corps de l'utérus, mais l'adjonction d'un progestatif annule ce risque.
- Cancer du sein : il constitue le cancer féminin le plus fréquent et va concerner près d'une Française sur 10. La majorité des études n'a pas montré d'augmentation du risque jusqu'à 5 années de traitement hormonal substitutif. Au delà, une légère augmentation du risque a été observée dans certaines études.

Chez les femmes non traitées, on trouve 45 cancers du sein pour 1 000 femmes entre 50 et 70 ans. Lorsqu'elles ont suivi un THS pendant 5 ans, on trouvera 2 cancers supplémentaires (soit une femme sur 500 en plus) et si le traitement a duré 10 ans, on trouvera 6 cancers supplémentaires (une femme sur 166 en plus). L'augmentation du risque ne concerne que les femmes en cours de traitement. A l'arrêt du THS, le risque redevient égal à celui des femmes n'ayant jamais pris d'hormones. Cette augmentation du risque de découvrir un cancer du sein en cours de traitement et sa disparition à l'arrêt du traitement pourraient s'expliquer par un effet-dépistage : les femmes traitées sont mieux suivies et passent plus souvent des mammographies que les femmes non traitées. Il pourrait aussi se produire un effet promoteur des estrogènes, stimulant la croissance de lésions préexistantes, aboutissant à leur dépistage plus précoce. Il faut souligner que les cancers du sein découverts sous traitements substitutifs sont de meilleur pronostic et de mortalité inférieure aux cancers du sein découverts chez des femmes non traitées.

Soulignons, pour conclure, que la prescription et la surveillance d'un traitement hormonal substitutif constituent

une excellente occasion d'effectuer un dépistage efficace et régulier des cancers.

DIMINUTION DE MORTALITÉ GLOBALE ET PROLONGATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE

Plusieurs études épidémiologiques ont permis de démontrer une diminution globale de mortalité des femmes traitées par rapport aux femmes non traitées. Ce fait résulte essentiellement de la diminution des maladies cardio-vasculaires.

Ainsi l'espérance moyenne de vie des femmes traitées augmente-t-elle de 1 à 4 années en moyenne.

LES ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL

Différents traitements non hormonaux peuvent être prescrits pour les bouffées de chaleur. Leurs résultats sont variables.

Des produits actifs sur l'os sont également disponibles. Utiles si les estrogènes sont contre-indiqués, ils n'ont aucun effet sur les bouffées de chaleur, la peau, les muqueuses, l'athérosclérose et la mémoire. En revanche, certains d'entre eux, calcium et vitamine D notamment, peuvent constituer un complément utile à un THS, surtout si la dose d'estrogène utilisée est faible.

La sécheresse vaginale peut être améliorée par des produits locaux, hormonaux ou non.

Les phyto-estrogènes sont, actuellement, en cours d'évaluation. Leur efficacité n'est pas démontrée pour l'instant.

Il en est de même de la DHEA.

CONCLUSION

Le traitement hormonal substitutif constitue un progrès médical incontestable, permettant d'améliorer votre qualité de vie et de prévenir l'apparition d'un certain nombre de maladies graves. Il ne constitue pas une obligation, mais un choix. Celui-ci suppose que vous soyez informée de ses avantages et de ses inconvénients. Ne vivez pas avec des idées fausses. N'hésitez pas à en parler à votre médecin qui vous fournira de plus amples informations.

Brochure éditée par l'Association Française pour l'Étude de la Ménopause (AFEM)

Brochure commentée et remise à :

Mme Le

LA MÉNopause ET SON TRAITEMENT

Madame,

Vous avez la possibilité de suivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause. Ce traitement est destiné à remplacer les hormones que vos ovaires ne sécrètent plus afin d'éviter les conséquences de la ménopause. Ce traitement ne constitue pas une obligation mais un choix que chacune peut librement exercer. Quel qu'il soit, votre choix ne sera pas définitif et vous aurez toujours la possibilité de changer d'avis : un traitement hormonal substitutif de la ménopause peut toujours être différé, suspendu, repris ou adapté afin de mieux correspondre à vos désirs et à votre intérêt. En conformité avec la mission d'information qui incombe à chaque médecin, cette notice est destinée à éclairer votre choix qui, comme votre cas, reste toujours personnel.

LA MÉNopause EN CHIFFRES

Vous êtes, en France, près de 10 000 000 de femmes ménopausées, dont 5 000 000 ont plus de 65 ans. Aujourd'hui, une Française peut espérer vivre, en moyenne, plus de 30 ans après sa ménopause, soit presque aussi longtemps que la période pendant laquelle elle a eu des cycles menstruels. La longévité augmentant régulièrement (de 3 mois tous les ans) une femme de 50 ans sur 4 va atteindre 90 ans.

Surtout prescrit dans les pays occidentaux, le traitement hormonal substitutif de la ménopause existe depuis plus de 30 ans. Le nombre de Françaises qui suivent un traitement hormonal substitutif de la ménopause augmente régulièrement et on l'estime en l'an 2000 à 1 700 000, soit 6 fois plus qu'il y a 20 ans.

LE PRINCIPE DU TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF (THS)

Il consiste à substituer des hormones (c'est pour cela que les médecins l'appellent traitement hormonal substitutif ou THS) à celles que vos ovaires sécrétaient lorsque vous aviez vos règles :

- estrogènes tout au long du cycle ;
- progestérone ou un de ses dérivés, appelés progestatifs, normalement sécrétée depuis l'ovulation jusqu'aux règles suivantes.

N.B. : si vous n'avez plus d'utérus, l'adjonction de progestérone ou de progestatif n'est pas indispensable.

Ces hormones que vous allez prendre sont fabriquées en laboratoire. On les appelle « naturelles » car elles ont pratiquement la même formule que celles sécrétées par les ovaires et en reproduisent les propriétés.

UN TRAITEMENT « SUR MESURE »

Les besoins en hormones varient d'une femme à l'autre. Les nombreuses formes et dosages de spécialités disponibles permettent de trouver la formule qui vous conviendra le mieux.

Les estrogènes se présentent en France sous la forme de gels, de timbres cutanés (patchs), de comprimés et d'aérosol nasal. La progestérone ou les progestatifs se présentent sous la forme de comprimés. Il existe également des « pilules toutes faites » combinant estrogènes et progestatifs se présentant sous forme de plaquettes comparables à celles des pilules contraceptives.

Dans la mesure du possible, votre médecin vous aidera à choisir la formule qui correspond le mieux à votre mode de vie. Néanmoins, dans quelques cas, c'est lui qui devra choisir en fonction de votre état de santé : il vous donnera alors les arguments de son choix.

- Traitement « avec règles » : l'estrogène est prescrit pendant 21 à 30 jours selon les cas, le progestatif y est adjoint les 10 à 14 derniers jours. Ces règles, appelées saignements de privation, ne signifient pas que vos ovaires fonctionnent à nouveau.
- Traitement « sans règles » : si on désire obtenir un traitement « sans règles », il est habituel de prescrire estrogène et progestatif de façon simultanée soit pendant 25 jours, soit 30 jours sur 30. Dans ce cas, la dose quotidienne de progestatif est, en général, diminuée de moitié par rapport à celle utilisée pour les traitements avec règles. Ce traitement convient surtout aux femmes ménopausées depuis au moins 2 ans (il existe un risque élevé de saignement s'il est débuté plus tôt).