

CONSENSUS CANADIEN SUR LA MÉNOPAUSE ET L'OSTÉOPOROSE

LA PÉRIMÉNOPAUSE – SIGNES ET SYMPTÔMES

RECOMMANDATIONS :

- A1.** Les prestataires de soins de santé ne doivent pas avoir recours à divers marqueurs sériques tels l'hormone folliculostimulante (FSH), l'hormone lutéinisante (LH) et de l'estradiol (E_2) dans le but de diagnostiquer la ménopause étant donné que des marqueurs spécifiques permettant de diagnostiquer la ménopause n'ont pas encore été définis. (II-2)
- A2.** Outre leur rôle anticonceptionnel efficace, les contraceptifs oraux à faible dose constituent un choix efficace de traitement chez les femmes périménopausées symptomatiques en santé et qui ne fument pas. (I)
- A3.** Si l'on se fie aux données provenant d'études menées auprès de femmes ménopausées et à l'expérience clinique, l'estrogénothérapie substitutive (ETS) et l'hormonothérapie substitutive (HTS) pourraient être envisagées comme option de traitement chez la femme périménopausée dont les symptômes sont incommodes. (III)

RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS :

- A4.** La périménopause se caractérise par des fluctuations des concentrations hormonales, des cycles menstruels irréguliers et l'apparition de symptômes dont le nombre et la gravité peuvent s'accroître à l'approche de la ménopause. (II-2)
- A5.** La périménopause est une période idéale pour des soins préventifs axés sur une approche personnalisée, l'adoption d'un mode de vie sain et la participation de la femme aux décisions concernant les choix de traitement et leur profil des risques/bienfaits. (III)

LA MÉNOPAUSE ET UN MODE DE VIE SAIN

RECOMMANDATIONS :

- B1.** Les prestataires de soins de santé doivent encourager les femmes à songer à des modifications de leur mode de vie, tel que l'exercice physique, un régime alimentaire optimal et l'abandon de la cigarette, étant donné que ces modifications peuvent réduire le risque de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose. (I, II-2)
- B2.** Toutes les femmes périménopausées et ménopausées doivent être encouragées à poursuivre des objectifs de promotion de la santé et de prévention de la maladie. (III)

LA MÉNOPAUSE ET LA FONCTION SEXUELLE

RECOMMANDATIONS :

- C1.** Tous les prestataires de soins de santé s'occupant des femmes ménopausées doivent être à même de donner des conseils pertinents sur la ménopause et de questions de santé sexuelle reliées. (III)
- C2.** Chez la femme qui présente une atrophie vaginale, les prestataires de soins de santé peuvent considérer soit le recours à l'estrogénothérapie locale à titre de mode de traitement efficace, soit les hydratants vaginaux à titre de solution de rechange efficace. (I, II-1)
- C3.** Chez la femme dont la libido a diminué et qui a subi une ovariectomie bilatérale, il a été démontré que l'addition d'androgènes à l'estrogénothérapie est efficace pour améliorer la libido. (I) Une androgénothérapie peut également être administrée à la femme ménopausée suivant une estrogénothérapie et dont la libido a diminué sans raison connue. Le profil des risques/bienfaits n'a pas été défini à partir d'études comportant un nombre suffisamment élevé de patientes. (III)
- C4.** Chez la femme présentant des problèmes psychosexuels, l'évaluation systématique des concentrations hormonales (particulièrement celles des androgènes sériques) n'est pas recommandée. (III)
- C5.** Le citrate de sildénafil ne semble pas améliorer la réponse sexuelle chez la femme qui prend des estrogènes (III). Cependant, il pourrait le faire chez celle dont la baisse de libido est liée à la prise d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). (III)

L'HTS ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

RECOMMANDATIONS :

- D1.** Il ne faut pas commencer ni poursuivre une hormonothérapie substitutive (estrogènes conjugués équins [ECÉ] en continu et combinés ou à l'acétate de médroxyproges-térone [AMP]) (I) ou d'autres schémas posologiques (III) chez une femme, dans le seul but de prévenir un éventuel accident cardiovasculaire (prévention primaire et secondaire). (I)
- D2.** Toutes les femmes devraient être informées des effets bénéfiques apportés par des changements des habitudes de vie sur la réduction du risque d'un éventuel accident cardiovasculaire. Les changements indiqués comprennent une alimentation saine pour le cœur, l'abandon de la cigarette, l'exercice physique modéré quotidien et le maintien d'un poids corporel adéquat. (II)
- D3.** Aux fins de prévenir un éventuel accident cardiovasculaire, les femmes devraient prendre des médicaments pour lesquelles il existe de bonnes connaissances scientifiques,

telles que les antihypertenseurs et les hypolipémiants, les bêta-bloquants, les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) en tenant pleinement compte des risques potentiels et des effets indésirables liées à ces thérapies. (I)

L'OSTÉOPOROSE

RECOMMANDATIONS :

E1. L'évaluation du risque de fracture chez la femme ménopausée devrait comprendre l'évaluation des facteurs de risque, et une mesure du contenu minéral osseux chez celles qui présentent un risque particulier.

a) Les mesures du contenu minéral osseux du squelette (hanche et colonne vertébrale) par absorptiométrie à double énergie à rayons X (DEXA) sont les plus exactes et les plus précises dont on dispose, ce qui les rend utiles, à la fois pour l'évaluation des risques et pour le suivi. (I)

b) Les mesures de la masse osseuse périphérique (p. ex. par échographie ou par DEXA du radius, de la phalange ou du talon) sont utiles pour évaluer le risque de fracture, mais ne peuvent pas être utilisées pour le suivi. (I)

E2. Les médecins doivent être conscients qu'il existe une augmentation du risque de fracture chez la femme qui a déjà présenté une fracture de fragilité vertébrale ou non. (I)

E3. Bien que les marqueurs de la résorption osseuse soient utiles pour étudier les réponses de groupes de sujets au cours de grands essais cliniques, ils n'ont pas vraiment leur place dans l'évaluation et le suivi de chaque patiente. (II)

E4. Les femmes doivent être encouragées à se prévaloir d'une alimentation saine et d'un apport approprié en calcium et en vitamine D, et à éviter les habitudes de vie nocives (tabagisme, alcool). Une présence normale d'estrogènes durant la vie reproductive et l'exercice physique concourent au développement et au maintien optimal du pic de masse osseuse prédéterminée génétiquement. Ces recommandations s'appliquent à toutes les femmes (II). Pour les femmes dont la ménopause est précoce, un apport adéquat en calcium et en vitamine D n'est pas, à lui seul, suffisant pour le maintien de la masse osseuse (I).

E5. Bien que les combinaisons de médicaments inhibants la résorption osseuse puissent avoir une action synergique sur l'accroissement du contenu minéral osseux, leur effet sur les fractures n'a pas encore été démontré. On devrait réserver les traitements combinés aux patientes qui ne répondent pas à une thérapie utilisant un seul inhibiteur de la résorption osseuse. (I)

RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS :

E6. L'objectif du traitement de l'ostéoporose est la prévention des fractures, avec ou sans augmentation importante du contenu minéral osseux. (I)

E7. La perte osseuse survenant après la ménopause peut être prévenue efficacement par un traitement inhibiteur de la résorption osseuse, tel que l'estrogénothérapie substitutive, un modulateur sélectif des récepteurs des estrogènes ou un bisphosphonate. (I)

E8. Il a été démontré qu'un traitement à l'alendronate ou au risédronate diminue les fractures vertébrales aussi bien que non vertébrales, notamment les fractures de la hanche (I), et qu'un traitement au raloxifène ou à la calcitonine diminue les fractures vertébrales (I) ; il semble qu'un traitement aux estrogènes ou à l'etidronate diminue les fractures vertébrales. (II) Les médecins doivent considérer les diverses options de traitement de l'ostéoporose.

E9. Selon l'étude *WHI*, l'HTS combinée et continue s'est avérée efficace pour réduire le risque de fracture de la hanche (5 cas de moins par 10 000 femmes-années). Les fractures vertébrales et d'autres types furent aussi diminuées.

LA SANTÉ UROGÉNITALE

RECOMMANDATIONS :

F1. Il faut faire une évaluation par des tests d'urodynamie avant de traiter chirurgicalement l'incontinence urinaire ou mixte. (II-3)

RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS :

F2. Le vieillissement urogénital peut conduire à la miction impérieuse, à l'incontinence à l'effort, à l'infection répétée des voies urinaires et au prolapsus des organes pelviens.

F3. Il n'y a aucun bienfait objectif obtenu par l'estrogénothérapie substitutive pour pallier à l'incontinence urinaire à l'effort à la ménopause. (I)

F4. Il n'y a aucun bienfait objectif obtenu par l'estrogénothérapie substitutive pour pallier à l'incontinence impérieuse postménopausique. (I)

F5. L'estrogénothérapie diminue l'incidence d'infections récurrentes des voies urinaires chez la femme ménopausée. (I)

LES HORMONES ET LE CERVEAU

RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS :

H1. Les estrogènes ont un effet bénéfique sur les structures et les fonctions cérébrales connues pour leur rôle important au niveau de la mémoire. (I)

H2. Chez la femme ménopausée en bonne santé, les estrogènes protègent contre la dégradation de la mémoire des faits récents et anciens qui accompagne le vieillissement normal. (I)

H3. Chez la femme ménopausée, la substitution estrogénique est liée à une réduction du risque de la maladie d'Alzheimer (II-2), mais elle n'a pas d'effet sur la dégradation de la maladie après que la femme en soit atteinte. (I)

- H4.** Les œstrogènes améliorent efficacement l'humeur chez la femme présentant une dysphorie ou une instabilité de l'humeur (**I**), mais on n'a pas la preuve que les œstrogènes seuls constituent un traitement efficace de la dépression. L'ajout d'un progestatif pourrait atténuer les effets bénéfiques des œstrogènes sur l'humeur et sur la fonction cognitive chez certaines femmes. (**I**)
- H5.** Actuellement, il n'existe aucune preuve d'un effet du raloxifène sur la fonction cognitive ou sur l'humeur. (**I**)

LA PHARMACOTHÉRAPIE

RECOMMANDATIONS :

- I1.** Le choix de la voie d'administration des œstrogènes devrait se faire principalement en fonction des préférences de la patiente, l'objectif étant d'utiliser la dose efficace la plus faible. (**III**)
- I2.** Les médecins doivent considérer les voies d'administration de rechange, telles l'administration vaginale ou transdermique. (**III**)
- I3.** Les médecins doivent prendre conscience qu'il est important de réévaluer annuellement la femme qui choisit d'utiliser l'HTS combinée et continue à long terme (cinq ans ou plus). (**III**)

L'HORMONOTHÉRAPIE SUBSTITUTIVE ET LE CANCER

RECOMMANDATIONS :

- J1.** Aucun régime d'œstro-progestatif ne protège complètement contre le cancer de l'endomètre et il faut examiner tout saignement utérin anormal. (**II-2**)
- J2.** Les femmes traitées pour un adénocarcinome de l'endomètre au stade 1 ou 2 et de classe 1 ou 2 et qui ont des symptômes de la ménopause modérés à graves ne devraient pas se voir refuser une thérapie œstro-progestative (**II-3**).
- J3.** Les médecins doivent informer leurs patientes que le recours à un traitement œstro-progestatif augmente le risque de cancer du sein mais non de façon statistiquement significative qu'après quatre ans d'utilisation. Le risque revient au point de départ cinq ans après l'arrêt de la thérapie. (**I**)
- J4.** Il doit y avoir un suivi plus fréquent de l'état des seins chez la femme qui présente un risque élevé de développer un cancer du sein pendant la thérapie œstro-progestative. (**III**)
- J5.** Dans des circonstances très particulières, on peut offrir un œstro-progestatif à faible dose aux femmes qui présentent un risque élevé de cancer du sein ou à celles qui ont été traitées pour un cancer du sein, pour traiter des symptômes graves non soulagés par des thérapies de rechange efficaces, après avoir discuté à fond avec la femme des risques et bienfaits. La durée de la thérapie doit être révisée sur une base régulière; l'œstrogénothérapie n'a aucun rôle préventif dans cette population. (**III**)
- J6.** Les médecins doivent être conscients que les effets rapportés

de la thérapie œstro-progestative sur le cancer ovarien sont contradictoires. Il y a possibilité de risque accru chez la femme qui suit une œstrogénothérapie seule à long terme (10 ans ou plus). (**I**)

RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS :

- J7.** Une œstrogénothérapie non opposée par un progestatif fait augmenter considérablement le risque d'hyperplasie endométriale atypique (**I**) et de cancer de l'endomètre (**II-2**). Un traitement par un progestatif, dont la posologie et la durée sont bien adaptées, réduit ces risques liés aux œstrogènes.
- J8.** L'HTS combinée et continue a été associée à une réduction du risque de cancer colorectal, sans atteindre le seuil de signification statistique (6 cas de moins par 10 000 femmes-années). (**I**)

LES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES

RECOMMANDATIONS :

- K1.** Les médecins et leurs patientes doivent faire preuve d'une meilleure connaissance des thérapies complémentaires pour en arriver à une considération éclairée des options de traitement. (**III**)
- K2.** Les patientes doivent être informées que les changements des habitudes de vie, notamment une modification de l'alimentation, l'exercice physique (**I**), la réduction du stress et l'abandon du tabac peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé psychologique et physique de la femme au mi-temps de la vie. (**II-1**)

L'ÉVALUATION, LA PRISE DE DÉCISION ET LE SUIVI

RECOMMANDATIONS :

- L1.** L'examen et le suivi des femmes périménopausées et post-ménopausées devraient inclure les évaluations recommandées par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. (**III**)
- L2.** On ne doit pas avoir recours de façon systématique à l'échographie abdominale ou transvaginale chez la femme post-ménopausée asymptomatique et en santé. (**II-1**)
- L3.** Chez une femme ménopausée qui présente des saignements anormaux, on doit procéder à une révision de l'administration de la thérapie œstro-progestative (le cas échéant), à un examen pelvien et à une biopsie de l'endomètre (**II-1**). L'échographie transvaginale offre une solution de rechange s'il n'est pas possible d'effectuer un prélèvement de l'endomètre ou si les résultats ne sont pas concluants. Si la situation demeure incertaine, le prélèvement de tissu avec ou sans hystérocopie est recommandé. (**II**)
- L4.** La plupart des femmes désirent participer au processus de prise de décision et les prestataires de soins de santé doivent les y encourager. (**III**)

-
- I5.** Les décisions doivent se fonder sur une évaluation personnalisée des symptômes, une analyse des facteurs de risque et une discussion des avantages et des risques de chacune des options. La décision devrait être réévaluée lorsqu'une information nouvelle se présente. **(III)**
- I6.** Les prestataires de soins de santé doivent exiger activement des programmes éducatifs subventionnés par l'État qui ont pour but l'amélioration des connaissances des femmes et de leurs prestataires de soins de santé sur la ménopause et l'ostéoporose. **(III)**