

Mise à jour
2009

Le traitement hormonal

Saviez-vous...



- «Il est important de savoir qu'il n'y a **pas de raison à la médicalisation de la ménopause**. La ménopause est une étape normale et naturelle de nos vies. Les femmes qui n'ont pas de bouffées de chaleur ou qui ne vivent pas de changements physiques incommodants n'ont pas besoin de prescription pour un traitement hormonal, ou pour n'importe quel autre médicament, sous prétexte qu'elles atteignent la ménopause.» (BWHBC, 2006, p.117, notre traduction)

«Moi, ça me fait peur en ce moment les hormones... on ne sait plus, on demande aux professionnels mais les professionnels sont tellement en contradiction en ce moment. C'est ça qui est difficile. On ne sait pas qui croire.» (Montréal)

- «Il n'y a pas si longtemps, les spécialistes de la santé des femmes vantaient sans ménagement les mérites de l'hormonothérapie substitutive (HTS), non seulement pour soulager les symptômes de la ménopause mais aussi pour prévenir un éventail d'affections : ostéoporose, maladies du cœur, cancer du sein. On nageait en pleine euphorie. Or, en 2002, les résultats préliminaires de la *Women's Health Initiative* (WHI) freinaient abruptement cet engouement. Entre autres constats inquiétants, l'étude américaine révélait une augmentation significative des cas de cancer du sein chez les femmes soumises à l'hormonothérapie (formule combinée d'estrogène et de progestérone couramment prescrite) sur une période de cinq ans. Aux dires des chercheurs, les risques pour la santé étaient si préoccupants qu'il a fallu mettre un terme à l'étude bien avant la date prévue. En mars 2008, les chercheurs publiaient, dans le *Journal of the American Medical Association*, une conclusion sans équivoque : «les risques pour la santé des femmes sous HTS pendant une longue période pèsent plus lourd que les bénéfices potentiels». Mais voilà que deux mois plus tard, coup de théâtre! Au terme du *World Congress on Menopause*, un groupe d'experts internationaux affirmait haut et fort que l'hormonothérapie substitutive ne présentait aucun danger. De quoi faire perdre la boussole à la moitié de l'humanité et, trois fois plutôt qu'une!» (Limoges, 2008)
- «Il est temps d'en finir avec **le mirage des médicaments miracles et des pilules préventives**. Nous devons exiger qu'aucun médicament ne soit prescrit à une personne en bonne santé avant que son efficacité et sa sûreté n'aient été testées rigoureusement par des études indépendantes.» (Lippman, 2003, p. 4)

«Si j'en prends, est-ce que je vais fonctionner mieux? Et si je n'en prends pas, est-ce que ça va m'empêcher de fonctionner? Alors, moi, je me questionne.» (L'Annonciation)

Qu'est-ce que le traitement hormonal?

À la ménopause, la production naturelle d'œstrogène et de progestérone (des hormones sexuelles qui régulent certaines fonctions physiologiques) diminue. L'objectif de l'hormonothérapie (aussi appelée thérapie hormonale de remplacement) est de "remédier" à ce qui est considéré comme une défaillance du corps des femmes au mitan de la vie. Parce que nous estimons que la ménopause n'est ni une maladie ni une déficience hormonale, nous préférons utiliser le terme *traitement hormonal* (TH), plus neutre.

Il existe plusieurs types de traitements, de dosages et de posologies. Les femmes qui ont encore leur utérus se font généralement prescrire un TH **combiné d'œstrogène et de progestatif** (E+P), tandis que celles qui ont subi une hystérectomie prennent des **œstrogènes seulement** (E). Si le traitement hormonal est souvent prescrit sous forme de comprimés oraux, il est aussi disponible en version transdermique (timbre, crème ou gel) ou vaginale (anneau, crème ou suppositoire), en implant ou en injection. La voie orale est la manière la plus simple, la plus répandue et la plus économique de prendre des hormones. Une dose régulière correspond à 0,625 mg d'œstrogène par jour mais il est possible d'obtenir une prescription à faible dose (0,3 mg) et à micro-dose. Les marques de traitement hormonal couramment prescrites au Canada sont Premplus, Provera, Premarin, Estrogel, Estring, Neo-Estrone, Ogene, Estrace, Climara, Oesclin, etc.

Notez bien : Les hormones synthétiques sont entièrement fabriquées en laboratoire. Les hormones dites naturelles sont elles aussi fabriquées en laboratoire mais à partir de substances naturelles, par exemple l'urine de jument gravide (enceinte). Certaines, comme celles extraites de la diosgénine du soya ou de l'igname sauvage, sont chimiquement identiques aux hormones produites par le corps et souvent mieux tolérées (on utilise dans ce cas le terme *bio-identique*). (www.passeportsante.net)

L'appellation *hormones naturelles* peut aussi faire référence aux phytoestrogènes, soit des molécules d'origine végétale qui agissent dans l'organisme un peu à la manière des œstrogènes. On les retrouve dans le soya, le tofu, le tempeh, les graines de lin, la sauge, etc. La consommation régulière de ces produits n'entraîne pas d'effets secondaires néfastes et elle est associée à une diminution des inconforts qui peuvent survenir à la ménopause.

La **testostérone**, une hormone androgène, est parfois prescrite aux femmes qui expérimentent une baisse du désir sexuel lors de la ménopause. Toutefois, le lien de causalité entre le taux de testostérone et le désir sexuel n'est pas établi et l'efficacité de la prescription de testostérone sur le désir, à la ménopause ou à n'importe quel autre moment de la vie, n'est pas prouvée. En outre, l'utilisation de testostérone provoque plusieurs effets secondaires (pilosité faciale, acné, mutation de la voix) et de sérieux doutes existent sur son innocuité à long terme (SOGC, 2006). (Voir la fiche *La sexualité*)

Les hauts et les bas du traitement hormonal

De 1930 à 2002

Les œstrogènes commencent à être prescrits aux femmes ménopausées en 1930 pour le traitement des bouffées de chaleurs et des autres manifestations inconfortantes de la ménopause. Pendant des décennies, des millions de femmes nord-américaines reçoivent un traitement hormonal, jusqu'à la publication, au milieu des années 1970, de deux études qui révèlent que «... les femmes soumises à l'œstrogène pouvaient être de quatre à sept



fois plus à risque de développer un cancer de l'endomètre que les autres femmes...» (Proulx-Sammut, 2001, p. 203). Le nombre de prescriptions décroît alors jusqu'à la découverte d'une nouvelle formulation, un combiné d'estrogène et de progestatif, qui neutralise les risques de cancer de l'endomètre.

Durant les années 1980, l'industrie pharmaceutique organise une nouvelle campagne de promotion du traitement hormonal. On prétend que le traitement hormonal, en plus de soulager les manifestations vasomotrices, aurait la capacité de prévenir les maladies cardiovasculaires, les rides, l'incontinence urinaire, les symptômes vasomoteurs, l'atrophie et la sécheresse vaginales, la démence, les douleurs articulaires, les sautes d'humeur, les troubles du sommeil, etc. La logique découle d'une conception très mécaniste de la santé : si la perte d'hormones cause le vieillissement, il suffit de "remplacer" ce qui a été perdu pour se protéger des maladies qui y sont associées. À l'origine un médicament destiné à traiter les manifestations vasomotrices, le TH devient un outil de prévention prescrit massivement à des femmes en parfaite santé pendant des décennies, voire pour le restant de leur vie.

L'hypothèse de l'effet préventif du traitement hormonal commence cependant à être mise en doute en 1998 avec la publication des résultats de l'étude HERS (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*). Ces résultats démontrent que le TH ne prévient pas les maladies cardiovasculaires; il tend au contraire à aggraver les incidents et la mortalité chez les femmes qui ont déjà des troubles cardiaques.

La Women's Health Initiative

La *Women's Health Initiative* (WHI) est l'une des plus importantes études jamais réalisées sur la santé des femmes ménopausées. Elle est menée par le *National Institute of Health* aux États-Unis auprès de 161 808 femmes âgées de 50 à 79 ans, dont 16 000 qui participent à l'essai clinique contrôlé et randomisé sur le traitement hormonal combiné. Ce type d'étude est d'une grande fiabilité puisqu'il permet de comparer deux groupes (un sous traitement, l'autre sous placebo) déterminés par tirage au sort.

En 2002, après un peu plus de cinq ans, l'essai clinique de la branche E+P (estrogène+progestatif) est interrompu en raison d'incidents graves survenus chez les participantes : cancer du sein, incidents cardiovasculaires, démence, incontinence, caillots, embolies. L'étude de la WHI révèle que 1,1 % des femmes sous traitement combiné Prempro ont été affectées, soit dans une proportion de 110 participantes sur 10 000 (*Therapeutic Letter*, 2002).

Quelques années plus tard, l'essai clinique de la branche estrogène seulement est interrompu pour des raisons similaires.

Après la publication des résultats de la WHI, début 2002, les prescriptions de traitement hormonal chutent de moitié, et les recommandations cliniques sont modifiées. Le TH doit dorénavant être prescrit **seulement aux femmes qui expérimentent des manifestations ménopausiques graves ou modérées, à dose minimale et pour une période minimale.**

La WHI est la première étude méthodologiquement et scientifiquement rigoureuse qui a analysé l'effet du traitement hormonal à long terme sur la santé des femmes. Si elle a été la plus publicisée en Amérique du Nord, elle n'est pourtant pas la seule. Il en existe plusieurs autres, auxquelles ont participé des milliers, voire des centaines de milliers de femmes, et qui sont arrivées à des conclusions similaires : la *Nurses' Health Study*, la *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study* (HERS), la *Million Women Study* en Grande-Bretagne, ou la *Black Women Health Study*, par exemple.

Critique de la médicalisation des femmes ménopausées

Selon A. Pederson, rédactrice en chef du *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes* (2003), le traitement hormonal est un nouvel exemple où « les femmes ont joué le rôle légendaire des canaris dans les mines en ce qui concerne l'innocuité des médicaments et des appareils médicaux au Canada ». Pendant des décennies, ce traitement a été massivement prescrit à des femmes ménopausées **en bonne santé** pour tenter de prévenir l'apparition d'éventuelles pathologies, sans qu'ait été prouvées auparavant son innocuité, ou même son efficacité. Conséquemment, des millions de femmes ont été exposées à des risques dont elles ne savaient rien.

Notez bien : Aux États-Unis, Wyeth, fabricant du Prempro et du Premarin (traitements hormonaux utilisés lors de la WHI), fait actuellement face à 8 700 poursuites judiciaires intentées par plus de 10 000 femmes qui ont développé des pathologies après avoir pris cette médication (Fauber, J., 2009). À Reno, au Nevada, la compagnie a été sommée de verser 134,5 millions de dollars à trois femmes atteintes d'un cancer du sein. S'il était jusqu'à récemment impossible de poursuivre la compagnie (américaine) au Canada, un jugement de la Cour suprême, rendu en juin 2008, a ouvert la voie à la possibilité d'un recours collectif des femmes de Colombie-Britannique contre Wyeth (*Canadian Press*, 2008).

Les risques associés à un médicament destiné à **soigner une maladie** sont jugés acceptables lorsque les bénéfices surpassent ces risques. Mais qu'en est-il lorsque le médicament en question est destiné à la prévention, c'est-à-dire lorsqu'il est prescrit à des **femmes en bonne santé**? Est-il normal d'accepter le risque, faible mais réel, de développer une maladie, dans l'espoir de prévenir l'apparition, hypothétique, d'une autre maladie? Selon Sharon Batt (2003), il y aurait bien des leçons à tirer de l'expérience de la commercialisation du TH.

- La norme de sécurité doit être plus élevée pour les interventions préventives que pour les maladies.
- La prévention des maladies exige un modèle holistique de santé.
- Il est essentiel d'avoir des données d'essais cliniques à long terme avant que soient affirmées les qualités préventives d'un médicament, mais peu de médicaments justifient un essai clinique pour en vérifier les qualités préventives. Les forces du marché ne doivent pas déterminer quel médicament doit subir ce genre de test.
- Il faut réduire l'influence de l'industrie qui contribue à une promotion irresponsable des médicaments et à leur prescription à des fins non indiquées.
- Il faut prendre des mesures réglementaires pour réduire la médicalisation de la ménopause, une étape normale de la vie.
- Il faut recenser et réduire l'utilisation des médicaments à des fins autres que celles indiquées pour le produit.
- Il faut non seulement appuyer les efforts d'organismes indépendants de l'industrie, mais également réduire l'influence des organismes qui font la promotion de produits d'une industrie contre rémunération, car il y a là, souvent, un risque de conflit d'intérêts.

La contre-offensive de l'industrie biomédicale

Depuis quelques années, l'industrie pharmaceutique et une partie du milieu médical mènent une contre-offensive pour réhabiliter le traitement hormonal. Les recommandations de prescription seraient trop restrictives et elles priveraient inutilement les femmes des "bienfaits" des hormones. Des organismes d'envergure



internationale, souvent financés par l'industrie pharmaceutique, véhiculent ce message. Ainsi, lors de son congrès 2008, la *International Menopause Foundation* encourage les personnes participantes à démystifier le traitement hormonal et à en faire la promotion dans leurs pays respectifs.

En janvier 2009, la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada publie une mise à jour de la *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause* : la nouvelle recommandation est de prescrire le traitement hormonal **au dosage et à la durée requis pour obtenir les résultats souhaités**. La conférence de presse donnée à cette occasion est à ce point enthousiaste qu'il est possible, dès le lendemain, de lire dans les journaux : «Les femmes ménopausées et les médecins ne doivent plus craindre l'hormonothérapie. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié hier ses nouvelles directives cliniques sur la ménopause. Selon la SOGC, les traitements hormonaux pris durant moins de cinq ans sont inoffensifs et peuvent au contraire aider les femmes à se débarrasser de symptômes gênants, comme les bouffées de chaleur [...] Si l'hormonothérapie dure moins de cinq ans, les risques sur la santé sont nuls, estime la SOGC [...] Quant aux effets de l'hormonothérapie sur les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, la SOGC estime qu'ils sont nuls» (Lacoursière, 2009). Dans les faits, les résultats des recherches sont beaucoup plus nuancés que ne le laisse penser cette vulgarisation grossière.

Le discours prônant la réhabilitation du traitement hormonal comme une option efficace et sécuritaire se base sur quatre arguments principaux, qui peuvent être contestés :

- **L'existence d'une meilleure compréhension médicale des effets du TH et des facteurs de risque**

L'étude approfondie des données des différents essais cliniques menés sur le TH a permis aux milieux médical et scientifique de **raffiner leur connaissance des risques** selon différents critères tels que l'âge des patientes, leur adhésion au traitement, la consommation antérieure d'hormones, le temps écoulé entre la ménopause et le début de la prise d'hormones, etc. Certaines "fenêtres d'opportunité" ont ainsi été dégagées, périodes pendant lesquelles il semble qu'il n'y ait que peu ou pas d'augmentation du risque de développer l'une ou l'autre des pathologies associées au traitement hormonal. Cependant, le fait de **mieux comprendre les risques ne signifie pas qu'ils ont été éliminés**.

- **La critique des études passées, et des conclusions qui en ont été tirées**

Certaines personnes, dans les milieux médical (médecins, gynécologues), pharmaceutique ou scientifique, critiquent les méthodes d'investigation et les résultats obtenus lors d'études indépendantes, arguant, dans le cas de la WHI par exemple, d'une non-représentativité de la population étudiée, considérée trop âgée par rapport à la moyenne des femmes qui suivent un traitement hormonal (le tiers des femmes de la WHI avaient entre 50 et 59 ans). Cette étude est pourtant la première à avoir observé les effets à long terme du traitement hormonal sur les femmes selon une méthodologie rigoureuse.

Il en est qui réclament la tenue de **nouvelles études** afin d'investiguer à nouveau les effets préventifs possibles du TH, selon les marques, les types d'hormones ou les dosages. Ces études supplémentaires nécessiteraient des investissements financiers considérables, ainsi que le recrutement de milliers de femmes à nouveau exposées aux risques du TH. Est-il encore pertinent, à la lumière des résultats déjà obtenus, de continuer à investiguer les effets du traitement hormonal? Pourquoi ne pas plutôt investir des énergies et des ressources dans le développement de nouveaux médicaments, efficaces et sécuritaires, pour soigner les femmes atteintes de maladies? Ne serait-ce pas là une véritable manière de se préoccuper de leur santé?

Comme l'a dit un jour William James, médecin, psychologue et philosophe : «Être fertile en hypothèses est la première étape de la créativité. Être prêt à les écarter quand l'expérience vient les contredire est la deuxième». (Cité dans Heiss et al. 2008, notre traduction)

- La faible incidence des complications et des pathologies liées à la prise d'un traitement hormonal

Selon l'industrie biomédicale, les critiques du TH ont fait grand cas de complications somme toute marginales. Pour le cancer du sein par exemple, l'augmentation d'incidents liés au TH n'est que de 8 cas par an pour 10 000 femmes après 5 ans de traitement (0,0008 %), ce qui peut sembler statistiquement peu significatif. Mais à l'échelle de la population suivant un TH au Canada, soit 5,5 millions de femmes, cela pourrait représenter 4 000 femmes par an. Il est peu probable que les femmes ayant un cancer du sein ou une autre pathologie liée au TH considèrent leur cas comme étant "statistiquement non significatif", comme en témoignent d'ailleurs les nombreux procès intentés contre les fabricants d'hormones.

- La nécessité de se préoccuper du bien-être des femmes ménopausées, délaissées par la médecine depuis la publication des résultats de la WHI

Le personnel médical, les gouvernements, l'industrie pharmaceutique, les groupes féministes, tout le monde prétend agir au nom de la santé et du bien-être des femmes. Cependant, au-delà des déclarations de principe, il est important d'examiner les intérêts en jeu pour chaque actrice et chaque acteur impliqués dans la promotion ou la critique du traitement hormonal. La santé des personnes âgées représente un marché important et génère d'énormes profits pour les industries médicale et pharmaceutique dans les pays "du Nord". La publication des résultats de la WHI et la désaffection subséquente des femmes pour le TH ont eu des répercussions économiques importantes : les prescriptions de TH, qui représentaient un marché de 3 milliards de dollars aux États-Unis ont chuté de 65 %. Au Canada, elles sont passées de 11 millions en 2001 à 5,5 millions en 2006 (CBC News, 2007). Face à de telles pertes, l'industrie a eu recours à diverses méthodes pour réhabiliter le traitement hormonal comme une option sécuritaire et efficace. Parfois au prix de quelques entorses à l'éthique...

Par exemple, un article du *New York Times* du 12 décembre 2008 révèle que Wyeth, fabricant du Prempro et du Premarin, a, pendant des années, payé des prête-plumes pour qu'ils produisent des articles médicaux favorables au TH. Ces articles étaient ensuite endossés par des médecins (rémunérés) n'ayant participé ni à leur conception ni à leur rédaction. Ils ont été publiés dans des revues médicales sans que soit mentionnée la participation de Wyeth, qui fournissait pourtant les données, le titre, les grandes lignes de l'article et son orientation. Cette **manipulation de la documentation scientifique** a ainsi permis d'affirmer, et ce malgré les nombreuses évidences, qu'il n'existait pas de lien entre le TH et le cancer du sein et que celles qui suivaient une thérapie hormonale avaient plus de chance de survivre au cancer (Wilson, 2008).

À partir de 2002 et pendant 6 ans, la même compagnie a également financé intégralement (pour un montant de 12 millions de dollars) un cours destiné aux médecins, à l'université du Wisconsin. Le sujet? Le traitement hormonal et ses bénéfices. Voilà un cas flagrant de **publicité déguisée en éducation** (Fauber et Rust, 2009).

Avec des données aussi contradictoires et de tels intérêts en jeu, il est extrêmement difficile pour les femmes d'obtenir une information suffisante et de faire un choix éclairé, quant à la décision de suivre ou non un traitement hormonal à la ménopause.

LE TRAITEMENT HORMONAL : EST-CE POUR MOI?

Synthèse des résultats d'études

- L'effet positif de l'estrogène (**réduction des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, de l'atrophie et de la sécheresse vaginales**), est connu depuis longtemps. Un léger effet protecteur contre le cancer colorectal et une action positive sur la densité osseuse ont aussi été démontrés. Quant au traitement en application locale, il réduit la récurrence des infections urinaires.
- Les **effets secondaires** recensés du TH sont : des saignements vaginaux, des ballonnements, une hypersensibilité des seins, des maux de tête, des nausées, des vaginites et des démangeaisons vaginales, des crampes dans les jambes, des sautes d'humeur et une perte d'appétit sexuel.
- Les **risques associés** au TH sont une augmentation des risques de cancer du sein, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de crise cardiaque et de caillots sanguins, de démence chez les plus de 65 ans, d'incontinence, et aussi de troubles de la vésicule biliaire. À tout cela s'ajoute une tendance à l'augmentation du risque de cancer des ovaires.
- Le TH n'est **pas une méthode efficace et sécuritaire de prévention** des maladies chroniques associées au vieillissement. En janvier 2008, un article paru dans le JAMA confirmait une nouvelle fois que, dans le cadre d'un traitement préventif, les risques du TH combiné dépassent ses bénéfices (Heiss et *al.*, 2008).

Figure 1. Résultats WHI- E+P

Nombre de cas par an pour 10 000 femmes

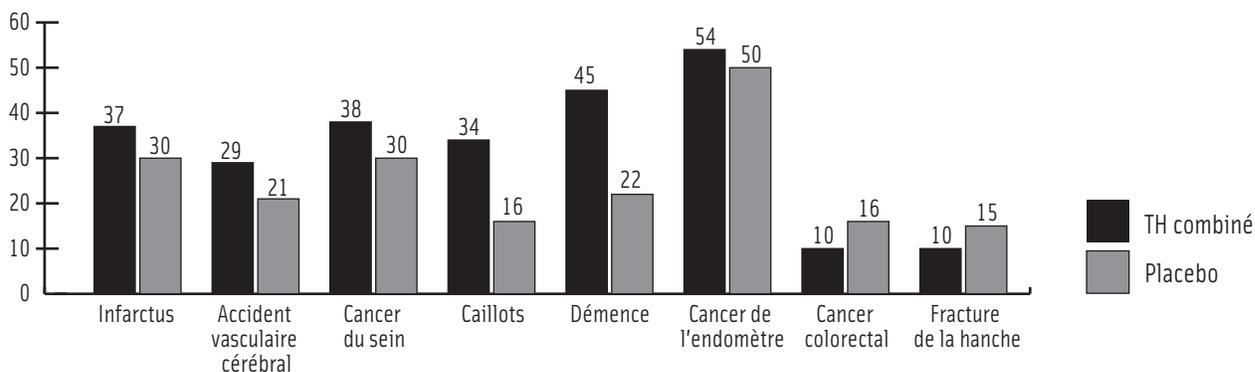
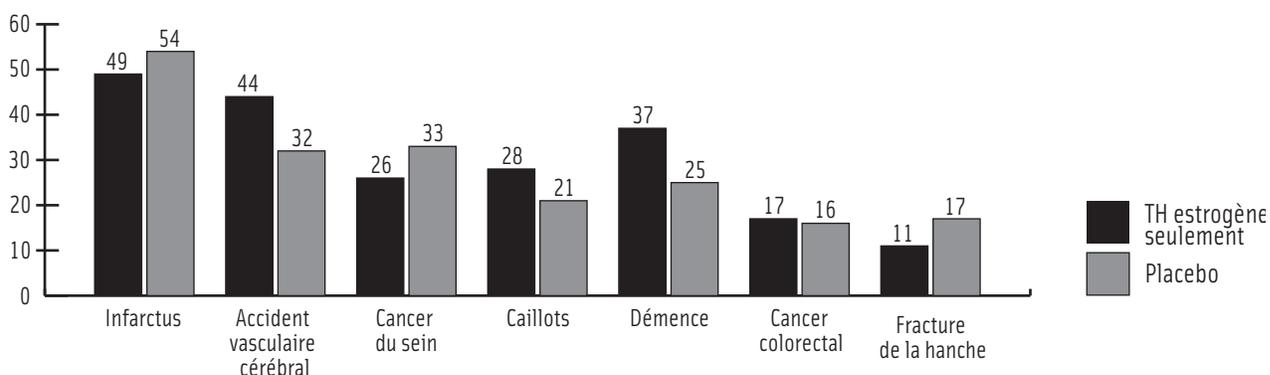


Figure 2. Résultats WHI- E seulement

Nombre de cas par an pour 10 000 femmes



Bilan détaillé des effets et des risques du traitement hormonal

Effets positifs reconnus

Troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes)

Au moment de la ménopause, plus de 70 % des femmes font l'expérience des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes. Ces manifestations peuvent survenir trois fois par an... ou trois fois par heure. Pour certaines femmes, leur intensité et leur fréquence entraînent une dégradation importante de la qualité de vie. Le traitement hormonal est alors **l'option la plus efficace**.

Notez bien : Les deux tiers des femmes recommencent à avoir des bouffées de chaleur au moment de l'arrêt du traitement hormonal (Archer, 2007, p. 8). C'est pourquoi il est recommandé de diminuer progressivement les doses avant l'arrêt complet de la prise d'hormones.

Notez bien : 10 ou 15 ans après la ménopause, les troubles vasomoteurs peuvent être un signe indicatif de maladie cardiovasculaire et il peut alors être risqué d'entreprendre un traitement hormonal (Rossouw et al, 2007).

Notez bien : Beaucoup de femmes trouvent un soulagement des manifestations vasomotrices dans les médecines alternatives et complémentaires. (Voir la fiche *Les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes*)

Santé vulvo-génitale

À la ménopause, certaines femmes expérimentent de la sécheresse vaginale et un amincissement des parois du vagin qui provoquent douleur et saignements, facilitent les infections et peuvent avoir un impact négatif sur la sexualité. Le TH par voie orale permet de soulager ces effets chez 60 % d'entre elles. Le TH en application vaginale (sous forme de crème ou d'anneau) est plus efficace et contient des doses moins élevées d'hormones (moins de risques d'effets indésirables). Il permet aussi d'enrayer les infections urinaires à répétition.

Notez bien : Il est possible d'entretenir une bonne santé vulvo-génitale à la ménopause sans avoir recours aux hormones. (Voir les fiches *Les changements génito-urinaires* et *La sexualité*)

Ostéoporose

L'ostéoporose est une condition des os définie comme une altération de leur solidité, ce qui les rend plus fragiles et donc à risque accru de fracture. Une faible densité osseuse est l'un des facteurs de risque d'ostéoporose. Parce que le traitement hormonal accroît la densité osseuse, il est parfois prescrit aux femmes pour prévenir l'ostéoporose. Il faut noter, cependant, qu'une faible densité osseuse n'est qu'un des facteurs de risque d'ostéoporose, qui n'est elle-même qu'un des facteurs de risque de fractures, et que 80 % des fractures sont subies par des personnes âgées qui ne font pas d'ostéoporose (Naessen, 2007, p. 5). Concrètement, en ce qui concerne les fractures, l'effet protecteur du TH est assez faible chez les femmes récemment ménopausées puisque qu'il ne permet d'éviter que 5 fractures de la hanche pour 10 000 femmes (soit 0,05 %) (WHI, 2002). Son effet protecteur augmente avec l'âge de la patiente (la majorité des fractures de la hanche sont subies par des femmes de plus de 80 ans) et cesse avec l'arrêt du traitement. (Voir la fiche *L'ostéoporose*)

Cancer colorectal

Les résultats de la *Women Health Initiative* indiquent une réduction de l'incidence du cancer colorectal chez les femmes qui suivent un traitement hormonal combiné, soit 6 cas de moins pour 10 000 femmes, mais l'effet protecteur disparaît à l'arrêt du traitement. Ces données ne permettent pas de conclure que le TH devrait être prescrit pour la prévention du cancer colorectal.

Risques associés au traitement hormonal

Dans le milieu médical, il est admis que l'utilisation du TH juste après la ménopause et pour une période inférieure à cinq ans est relativement sécuritaire. Cela ne signifie nullement que tous les risques sont éliminés. Même si les incidents liés à la prise de TH sont peu nombreux (souvent moins de 1 %), leurs conséquences peuvent être dramatiques; il importe de les connaître pour pouvoir faire un choix éclairé.

En raison de la multiplicité des facteurs de risque à évaluer (condition physique, âge, durée et dosage du traitement, durée de la période entre la ménopause et l'initiation du TH, etc.), il est impossible de dégager une période durant laquelle la prise de TH serait absolument sans risque. Il importe d'évaluer ses besoins, son état de santé et les facteurs de risque avec le personnel traitant.

Troubles cardiovasculaires

L'étude WHI a révélé que les troubles cardiovasculaires constituent le risque majeur associé au traitement hormonal, quelle que soit la durée du traitement.

• Embolies pulmonaires et thrombophlébites

Notez bien : Une thrombose est définie comme la formation d'un caillot sanguin. Une embolie est l'obstruction d'une artère par une masse de matières non dissoutes présente dans le sang. Une thrombophlébite est une inflammation d'une veine associée à une thrombose. Une thromboembolie est l'occlusion d'un vaisseau sanguin résultant d'une thrombose. Une embolie pulmonaire est l'obstruction de l'artère pulmonaire ou de l'une de ses ramifications; elle peut entraîner la mort si elle n'est pas traitée.

Les risques sont réels, plus particulièrement avec la médication sous forme orale, et ce, dès le début du traitement. Ils augmentent avec l'âge de la patiente mais ils disparaissent avec l'arrêt de la médication. L'utilisation du TH par voie transdermique n'augmente pas les risques de troubles veineux.

• Accident vasculaire cérébral (AVC)

La WHI a démontré une augmentation des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (lorsque la circulation sanguine est bloquée dans une partie du cerveau) autant dans la branche E que dans la branche E+P des essais cliniques, et ce, quels que soit l'âge des participantes ou la durée du traitement. Le risque disparaît avec l'arrêt du traitement.

-Maladies coronariennes (ou cardiopathies ischémiques)

Notez bien : La cardiopathie ischémique (ou maladie coronarienne) est un terme générique regroupant les maladies et troubles cardiaques consécutifs à un arrêt ou à une réduction de l'irrigation sanguine du cœur; ces troubles sont généralement liés à l'athérosclérose coronarienne. Ses conséquences peuvent entraîner des crises cardiaques et la mort subite.

Depuis les études ERA (*Estrogene Replacement and Arteriosclerosis*) et HERS, on sait que le TH a un effet négatif chez les femmes déjà affectées d'une maladie de l'artère coronaire (SOGC, 2009). Chez les femmes en bonne santé, la WHI a constaté une augmentation des incidents cardiaques dans la branche E+P et une légère réduction dans la branche E.

Les femmes ménopausées depuis plus de 10 ans et souffrant de graves troubles vasomoteurs sont, quant à elles, à risque accru d'accident cardiaque lorsqu'elles entreprennent un TH. (SOGC, 2009, p. 16) **Les risques disparaissent avec l'arrêt du traitement.**

Une analyse secondaire des données d'étude par sous-groupe suggère que les femmes plus âgées (70 ans et plus) sont à risque accru de développer des maladies coronariennes avec le TH, tandis que les femmes plus jeunes voient au contraire leur risque de développer ces maladies légèrement diminuer avec l'initiation du TH. Ce constat relance l'hypothèse d'un certain effet protecteur du traitement hormonal.

Il faut cependant noter que cette hypothèse ne provient pas d'une nouvelle étude mais d'une réinterprétation des résultats de la WHI (fiabilité moindre). De plus, elle ne concerne qu'un type de pathologie (les maladies coronariennes), pour une certaine catégorie de femmes (50 à 59 ans). Pour prouver cette hypothèse, il faudrait mener de nouveaux essais cliniques. L'effet protecteur sur les maladies coronariennes n'efface pas les risques bien réels, par exemple, d'AVC.

Cancer du sein

Le lien entre traitement hormonal et cancer du sein a été établi lors des différents essais cliniques. Dans le milieu biomédical, il est généralement admis que l'utilisation de la combinaison **E+P pendant moins de 5 ans** et de l'utilisation de **E seulement durant moins de 7 ans** sont relativement sécuritaires.

Toutefois, cette interprétation est **contestée** car l'augmentation du risque de cancer du sein est graduelle et devient statistiquement significative après cinq ans de TH. Comment un traitement peut-il être sécuritaire pendant quatre ans et demi, et nocif après cinq ans? Après l'arrêt des hormones, il faut attendre 5 ans pour revenir au niveau de risque antérieur au TH (PCASRM, 2006, p.15).

Notez bien : Le TH augmente la densité mammaire, ce qui a pour effet de compromettre le diagnostic des examens de dépistage du cancer du sein. Lors de l'étude WHI, 35 % des femmes de la branche E+P ont eu une mammographie anormale (comparé à 23 % des femmes sous placebo). L'effet sur la densité mammaire persiste jusqu'à 12 mois après la fin du traitement. (WHI, 2008)

Il n'y a pas de données définitives sur l'effet du TH pour les survivantes du cancer du sein. Certaines études ont été interrompues en raison du taux de récurrence trop élevé faisant suite à la prise d'un traitement hormonal, mais d'autres ont montré des résultats inverses (*US National Cancer Institute*). Il semble que les résultats divergents soient liés au type de tumeur, au type de traitement hormonal prescrit et à l'usage ou non de

Tamoxifène (un modulateur sélectif des récepteurs d'estrogènes utilisé sous forme orale dans le traitement du cancer du sein). Plus d'études sont nécessaires, mais le *US National Cancer Institute* (institut national américain de lutte contre le cancer) indique qu'à ce jour, il est impossible de tirer des conclusions quant à l'innocuité du TH chez les femmes qui ont déjà eu un cancer du sein.

Capacités cognitives et démence

Il a été constaté que les femmes qui vivent une ménopause précoce suite à l'ablation des ovaires ont un risque accru de développer de la démence ou la maladie de Parkinson. Il n'existe cependant pas de preuve d'un effet protecteur du TH sur les fonctions cognitives.

L'administration du TH n'a pas d'impact positif sur les fonctions cognitives et les risques de démence (PCASRM, 2006). L'étude WHIMS (*Women Health Initiative Memory Study*), conduite auprès de 7 480 femmes âgées de 65 à 79 ans, a démontré que le TH est au contraire associé à une augmentation des risques de déclin cognitif, de démence et d'Alzheimer (*US National Cancer Institute*).

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire affecte 10 % des femmes de 50 ans et 25 % des femmes de 70 ans. Plusieurs études ont démontré que les femmes suivant un traitement hormonal expérimentent une aggravation de l'incontinence déjà présente (PCASRM, 2006). Quels que soient leur âge et le type de TH adopté, l'incontinence s'est beaucoup plus développée chez les femmes qui n'étaient pas incontinentes et prenaient un TH que chez celles qui n'étaient pas incontinentes et prenaient un placebo, la différence entre les groupes commençant à apparaître après 4 mois de traitement (SOGC, 2009, p.27).

Calculs biliaires ("pierres au foie")

Il est prouvé depuis plus de vingt ans déjà que la prise d'hormones par voie orale augmente le risque de calculs biliaires. Le risque est faible, mais il est multiplié par deux (Légaré et Moreau, 2000). Comme cela concerne uniquement la prise d'hormones par voie orale, il est recommandé aux femmes ayant des antécédents de calculs biliaires d'utiliser une forme transdermique. La prise d'hormones par voie orale est absolument contre-indiquée chez les femmes ayant des troubles hépatiques (relatifs au foie) aigus ou évolutifs.

Cancer de l'endomètre

Il est reconnu que l'estrogène encourage la prolifération de l'endomètre, ce qui augmente le risque de cancer. Ces effets peuvent être annulés par la prise d'un progestatif pendant un minimum de 10 jours par mois. La prise d'une combinaison **E+P** n'augmente pas le risque de développer un cancer de l'endomètre et pourrait même le réduire légèrement, selon les résultats de la WHI et de la *Million Women Study*. Cependant, les saignements utérins sont un effet secondaire courant du TH, ce qui entraîne des biopsies et des échographies plus fréquentes pour les femmes qui suivent ce type de traitement. (*US National Cancer Institute*)

Cancer des ovaires

L'usage d'un contraceptif oral ("la pilule") a un effet protecteur contre le cancer des ovaires. Mais il n'y a pas d'études concluantes quant à un effet similaire du traitement hormonal. En fait, les essais cliniques indiquent même une tendance à l'augmentation du risque de cancer des ovaires lors d'un traitement hormonal **E** seulement. Cela signifie que plus de cas ont été détectés dans le groupe suivant le TH que dans celui prenant un placebo, mais que cette différence n'est pas significative statistiquement.

La contamination environnementale

Il suffit d'un microgramme d'hormones par litre d'eau pour perturber le système hormonal des poissons. Or, selon un article paru dans *La Presse* le 20 septembre 2008, jusqu'à 90 microgrammes d'estrogène par litre d'eau sont rejetés dans le Saint-Laurent par l'usine d'épuration des eaux de Montréal. Provenance principale : excrétion par l'urine des hormones médicales prescrites pour la contraception et la ménopause. Conséquences : modifications de la fertilité et même du sexe des poissons, qui se "féminisent". Ces modifications ont des répercussions non seulement sur la chaîne alimentaire et les écosystèmes, mais aussi, ultimement, sur l'humain. Les hormones jouent un rôle très important dans la régulation des fonctions physiologiques du corps. Toutefois, on les retrouve en excès dans notre environnement, que ce soit dans la nourriture (bœufs élevés aux hormones de croissance) ou dans les cosmétiques et les produits ménagers, par exemple. Cette présence excessive d'hormones est associée à une élévation des risques de maladie, notamment de cancer, et à des modifications physiologiques importantes comme la réduction de la fertilité chez les hommes et la précocité de la puberté chez les filles. Pour en savoir plus, il est possible de consulter le cahier *L'état des connaissances. La relation entre l'environnement et le cancer du sein*, traduit en 2009 par Action Cancer du Sein de Montréal.

La ménopause : une approche globale

Il est toujours bon de rappeler que la ménopause est une période de **transition naturelle** dans la vie d'une femme, et non une maladie qui doit être soignée.

L'expérience de la ménopause varie grandement selon la culture et le pays d'origine des femmes. Lors d'une table ronde interculturelle sur la ménopause organisée par le RQASF en 1999, «plusieurs participantes font remarquer que, dans leur pays d'origine, la ménopause est une transition normale, tandis qu'ici c'est une affaire d'État! Elles expliquent qu'au Québec il y a présentement une surabondance d'informations médicales sur le sujet; la ménopause peut ainsi être perçue comme étant négative et problématique».

La perception négative de la ménopause n'est donc pas universelle, et les problèmes rencontrés par les femmes occidentales ne peuvent être expliqués seulement par des variations hormonales : le contexte social, le regard porté sur le corps des femmes vieillissantes, la place qui leur est faite dans la société ont aussi un impact sur la façon dont les femmes abordent le mitan de la vie. Dans une société où le corps des femmes de 20 ans est surexposé et celui des femmes de 40 ans et plus, invisible, les chaleurs, les rougissements ou les sueurs sont socialement peu acceptées, et peuvent être source de gêne. Les manifestations de la ménopause s'inscrivent dans ce contexte global.

Il est possible d'agir, jusqu'à un certain point. La ménopause peut être l'occasion d'adopter un rythme de vie plus sain, adapté à la condition physique et psychologique de chacune. La réduction du stress et de la fatigue peut

souvent suffire à réduire les manifestations gênantes de la ménopause. Malheureusement, le contexte social et économique ne permet pas toujours aux femmes d'ajuster leurs conditions de vie à leurs besoins.

Au mitan de la vie, beaucoup de femmes se tournent vers les médecines alternatives et complémentaires. La phytothérapie, l'aromathérapie et l'acupuncture, entre autres, ont prouvé leur efficacité lorsqu'il s'agit de composer avec les petits et grands inconforts de cette période. Mais il faut faire attention. Les produits de santé naturels, y compris les plantes médicinales, renferment des molécules biologiquement actives. Ils peuvent donc comporter certaines contre-indications, interagir avec les médicaments ou d'autres produits naturels, et même occasionner des effets secondaires. La consultation de spécialistes en la matière est recommandée.

Lorsque le traitement hormonal est la solution choisie, il est important de prendre le temps de s'informer sur les différents types de traitements et de dosages possibles, afin de déterminer quels sont les plus adaptés à la situation et à l'état de santé de chacune. Il est aussi recommandé de réévaluer régulièrement les besoins et les facteurs de risques avec le personnel traitant.

De plus, dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à l'information la plus complète possible, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées.

Pour plus d'information, consulter les fiches *Les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes* et *Le stress*, et également les cahiers *L'alimentation*, *L'activité physique* et *Les médecines alternatives et complémentaires*.

Conclusion

«Il est important de savoir qu'il n'y a aucune raison médicale de traiter la ménopause qui est une étape normale et naturelle de nos vies. Les femmes qui n'ont ni bouffées de chaleurs ni autre inconfort physique n'ont donc pas besoin de prescription hormonale ou de tout autre médicament.

«Il est important de savoir qu'il n'y a **pas de raison à la médicalisation de la ménopause**. La ménopause une étape normale et naturelle de notre vie. Les femmes qui n'ont pas de bouffées de chaleur ou qui ne vivent pas de changements physiques incommodes n'ont pas besoin de prescription pour un traitement hormonal, ou pour n'importe quel autre médicament, sous prétexte qu'elles atteignent la ménopause.» (BWHBC, 2006, p. 117, notre traduction)

Pour les femmes aux prises avec des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes graves ou modérées, il est possible, à court terme, que les bénéfices du traitement hormonal surpassent les risques. En outre, sachez que la preuve de son efficacité a été démontrée uniquement pour le soulagement des bouffées de chaleur et de la sécheresse vaginale, et pour la prévention des fractures.

Donc, si vous envisagez avoir recours au traitement hormonal pour l'une de ces raisons, comparez les risques et les bénéfices, en tenant compte de vos antécédents médicaux, de vos préférences et de vos inquiétudes. Envisagez aussi de prendre la plus petite dose efficace durant la période la plus courte possible. Si vous prenez déjà des hormones, réévaluez régulièrement votre décision à la lumière des nouvelles connaissances médicales et de l'évolution de votre situation personnelle. Parce que la recherche démontre que l'utilisation d'hormones, même à court terme, peut augmenter le risque de crise cardiaque, d'accident cérébral vasculaire et de caillots sanguins, beaucoup de femmes cherchent une alternative aux hormones même pour les troubles de santé pour lesquels les hormones ont prouvé leur efficacité» (BWHBC, 2006, p. 117, notre traduction).

Recherche et rédaction : **Magaly Pirotte**, assistante de recherche

Collaboration : **Isabelle Mimeault**, responsable de recherche au RQASF

Conseils et relecture :

Claire Dubé, coordonnatrice du Service d'information en contraception et sexualité de Québec

Barbara Mintzes, doctorante, Université de Colombie-Britannique, spécialisée en santé des femmes

Christine Thoër, professeure, UQÀM

Révision linguistique : **Maryse Dionne**

Infographie : **ATTENTION design+**, Alain Roy, Isabelle Saint-Amand

RESSOURCES

Le réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) :

Le Réseau canadien pour la santé des femmes a été créé en 1993, en tant qu'organisme pancanadien bénévole, dans le but d'améliorer la santé et la vie des filles et des femmes au Canada et dans le monde entier, et ce, en recueillant, en produisant, en diffusant et en partageant des connaissances, des idées, des données éducatives, de l'information, des ressources, des stratégies et des sources d'inspiration.

www.cwhn.ca/indexfr.html

Un reportage d'une quinzaine de minutes sur le traitement hormonal :

<http://www.dailymotion.com/video/x2h69u>

Références



BIBLIOGRAPHIE

ACTION CANCER DU SEIN DE MONTRÉAL, (2009). *L'État des connaissances. La relation entre l'environnement et le cancer du sein*, 125 p.

ARCHER, D. (2007). «Determining the Optimal Duration of Postmenopausal Hormone Therapy», *Menopausal Medicine*, Vol. 15, No. 2, p. 6-11.

BABER, R. (2007). «Hormone Therapy and Breast, Ovarian, and Endometrial Cancer», *Menopausal Medicine*, Vol. 14, N° 3, p. 8-12.

BATT, S. (2003). «Hormonothérapie : leçons de protection de la santé tirées de la Women's Health Initiative», *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, Vol. 3, n° 2, p. 4-7.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC). *Our Bodies, Ourselves, Menopause*, New York, Simon & Schuster, 2006, 350 p.

CANADIAN PRESS. «Court Clears Path for Cancer Survivors to Sue over Hormone Replacement», June 30, 2008.

CBC NEWS. «Higher Ovarian Cancer Risk Linked to HRT», April 18, 2007.

CBC NEWS. «HRT Usage Waned After Damning 2002 Report», June 19, 2008.

COTÉ, C. «Hormones dans l'eau potable, une recherche soulève un doute», *La Presse*, 20 septembre 2008.

- CRANEY, A. *et al.*, The Osteoporosis Methodology Group, and The Osteoporosis Research Advisory Group (2002). «IX: Summary of Meta-Analyses of Therapies for Postmenopausal Osteoporosis», *Endocrine Reviews*, 23 (4), p. 570-578.
- DERZKO, C. «L'hormonothérapie en début de ménopause, la déconstruction des études», *L'actualité médicale*, 24 octobre 2008, p. 8-10.
- FAUBER, J. and S. Rust. «UW Course for Doctors Pushed Risky Therapy», *Journal Sentinel*, Jan. 25, 2009.
- GRAVEL, P. «L'hormonothérapie réhabilitée», *Le Devoir*, 23 janvier 2009.
- HEISS, G. *et al.* (2008). «Health Risks and Benefits 3 Years After Stopping Randomized Treatment With Estrogen and Progestin», *Journal of the American Medical Association*, 299(9):1036-1045.
- LACOURSIÈRE, A. «Selon la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, les femmes ménopausées doivent cesser de craindre l'hormonothérapie», *La Presse*, 23 janvier 2009.
- LÉGARÉ, F., A. Moreau (2000). Mise à jour sur l'hormonothérapie substitutive», *Le médecin du Québec*. Vol. 35, n° 3 (mars), p. 75-81.
- LIMOGES, M. «Hormonothérapie. Où en sommes-nous?», *Le Bel Âge (magazine)*, mise à jour sur le site Web, décembre 2008.
- LIPPMAN, A. (2003). «Hormonothérapie: les femmes ont été trompées», sur le site Internet Sisyphe.org
- LOBO, R. *et al.* (2007). «Should Symptomatic Menopausal Women Be Offered Hormone Therapy?», *Menopausal Medicine*, Vol. 14, No. 2, p 1-7.
- MISHELL, D. (2007). «Evolving Evidence from Clinical Trials», *Menopausal Medicine*, Vol. 14, No. 2, p. 1-6.
- MOREAU, M. (2008). «La ménopause apprivoisée», *L'actualité médicale*, 24 octobre, p. 1-3.
- NAESSEN, T. (2007). «Fracture Protection Mediated Through the Brain?», *Menopausal Medicine*, Vol. 14, No. 3, p. 1-7.
- PEDERSON, A. (2003). «La sécurité d'abord : la protection de la santé des femmes», *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, Vol. 3, n° 2, p. 1-4.
- PINES, A. *et al.* pour la *International Menopause Society* (2008). «HRT in the Early Menopause: Scientific Evidence and Common Perceptions, Summary of the First IMS Global Summit on Menopause-Related Issues», March 29-30, 14 p.
- PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (2007). «Estrogen and Progestogen Therapy in Postmenopausal Women», *Menopausal Medicine*, Vol. 14, No. 2, p. 7-16.
- PROULX-SAMMUT, L. *La ménopause mieux comprise, mieux vécue : des réponses aux besoins des femmes des années 2000*, nouvelle édition revue et corrigée, Montréal, Pierre Nadeau Éditeur/Édimag, 2001, 333 p.
- ROSS, L. *et al.* (2008) «Estrogen Plus Progestin Therapy and Breast Cancer in Recently Postmenopausal Women», *American Journal of Epidemiology*, 167(10):1207-1216.
- ROSSOUW, J *et al.* (2007). «Postmenopausal Hormone Therapy and Risk of Cardiovascular Disease by Age and Years Since Menopause», *Journal of the American Medical Association*, 297:1465-1477.
- RQASF (1999). «Synthèse des échanges multiculturels sur la ménopause», 17 p.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause*, Mises à jour 2006 et 2009.
- THERAPEUTIC LETTER (2002). *Menopausal Combined Hormone Therapy Update*, 2 p. Disponible sur <http://www.ti.ubc.ca/PDF/46.pdf>
- TIEFER, L. (2006). «Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance», *PLoS Medicine*, 3(4): e 178.
- UBELACKER, S. «L'hormonothérapie entrainerait un rétrécissement du cerveau après 65 ans», *Cyberpresse.ca*, 13 janvier 2009.
- WILSON, D. «Drug Maker Said to Pay Ghostwriters for Journal Articles», *The New York Times*, Dec. 12, 2008.

SITES INTERNET

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) :

www.fqpn.qc.ca

Femmes en santé :

www.femmesensante.ca/index.html

Fondation des maladies du cœur du Canada :

ww2.heartandstroke.ca/splash/

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f

Le réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) :

www.cwhn.ca/indexfr.html

MedlinePlus :

medlineplus.gov/

National Women's Health Network :

www.womenshealthnetwork.org

PasseportSanté.net :

www.passeportsante.net

Santé Canada :

www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php

Société canadienne du cancer :

www.cancer.ca

Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC):

www.sogc.org

US National Heart, Lungs and Blood Institute :

www.nhlbi.nih.gov

US National Institute on Aging :

www.nia.nih.gov

US National Institutes of Health, National Cancer Institute :

www.cancer.gov

Women's Health Initiative :

www.whi.org

AVIS : Les renseignements fournis dans ce document ne constituent en aucun cas un diagnostic médical ou une recommandation de traitement. En cas de problème de santé, il est recommandé de consulter une ou un professionnel de la santé.



Le traitement hormonal est-ce pour moi?

Cet outil vous propose une démarche qui peut vous aider à faire un choix éclairé quant au traitement hormonal. Il peut également être utile pour préparer une rencontre médicale sur la question.

Mes valeurs

Quelles valeurs guident habituellement mes choix en matière de santé ?

Prendre conscience de ces valeurs peut m'aider à comprendre ma façon de voir la ménopause et pourquoi je privilégie certaines options pour atténuer ou mieux vivre ses manifestations.

- Le bien-être physique : s'assurer d'un confort, d'une meilleure qualité de vie

- La sécurité : avoir la certitude que les options choisies ne comportent pas de risques sérieux

- La simplicité : envisager des choix faciles à faire ou n'exigeant qu'un minimum de démarches

- L'autonomie : prendre sa santé en main, développer une stratégie de santé globale et adopter un mode de vie sain

- La confiance : se fier à l'expertise et au jugement du personnel professionnel ou médical

- Le naturel : privilégier une approche de traitement basée sur les médecines alternatives et complémentaires

- Autres :

Les changements du mitan de la vie

J'observe des changements dans mon corps. Lesquels? Ces changements sont-ils des désagréments ou des malaises sérieux qui affectent ma qualité de vie?

Manifestation				D'après moi, ce malaise est lié à	
	Cela ne me concerne pas	C'est un désagrément	C'est un malaise sérieux	la ménopause	mes conditions de vie
Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Règles irrégulières ou trop abondantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête et migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manifestation	Cela ne me concerne pas	C'est un désagrément	C'est un malaise sérieux	D'après moi, ce malaise est lié à	
				la ménopause	mes conditions de vie
Infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse du désir sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité et troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afin d'améliorer ma santé et ma qualité de vie, quels sont les changements que je pourrais envisager ?

Dans ma situation familiale : _____

Dans ma situation amoureuse : _____

Au travail : _____

Dans mon alimentation : _____

Dans mes activités physiques : _____

Dans mes relations avec les autres : _____

Autres : _____

Est-ce que je sens que j'ai du pouvoir sur ma vie, et la capacité d'intervenir pour en modifier des aspects?

Oui Non Expliquer : _____

Mon bilan de santé

Il existe des contre-indications absolues au traitement hormonal. J'évalue ma possibilité de suivre ou non ce traitement.

Éléments pour lesquels il y a une

contre-indication absolue au traitement hormonal

	Oui	Non
Je suis enceinte, je planifie d'être enceinte ou je pourrais devenir enceinte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des antécédents de saignements vaginaux inexplicables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des antécédents de cancer du sein, de l'utérus ou des ovaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de maladie cardiaque.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Oui	Non
J'ai des antécédents de caillots sanguins, de phlébites, d'embolies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des antécédents de troubles hépatiques (maladies du foie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà éprouvé des troubles cognitifs (par exemple des troubles de la mémoire).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, il n'est pas recommandé d'entreprendre un traitement hormonal à la ménopause .

Il existe plusieurs contre-indications au traitement hormonal. Dans tous les cas, il est recommandé de faire un bilan de santé complet avant d'entamer le traitement. Discutez avec le personnel traitant de vos antécédents médicaux, de votre historique familial (cancer du sein, troubles cardiaques), des traitements que vous suivez et des médicaments ou des suppléments naturels que vous prenez. Assurez-vous d'obtenir toute l'information disponible sur les types de traitement hormonaux, car il en existe sous de multiples formes et dosages : estrogène seulement, estrogène et progestatif combiné, mini ou micro-dosé, à base d'hormones synthétiques ou bio-identiques, en timbres, en gel, en capsules, en injection, en suppositoires vaginaux, sans parler de toutes les marques disponibles. Généralement, il est recommandé de suivre le traitement à dose minimale, pour une période minimale. Le TH en application locale présente un moindre risque de caillots sanguins et de troubles hépatiques que le TH par voie orale, les comprimés contenant des doses supérieures d'hormones.

Les effets secondaires

Je suis actuellement sous traitement hormonal et j'expérimente des effets secondaires.

Effets secondaires	Oui	Non	Effets secondaires	Oui	Non
*Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritation cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Saignements vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sautes d'humeur, irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Crampes ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seins gonflés et douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Douleurs aux jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétention d'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'effets secondaires incommodes, il est important de consulter le personnel traitant afin d'adopter une formulation plus appropriée à votre état de santé.

Si vous avez répondu oui à l'un des effets signalés avec un astérisque, il est recommandé d'aller consulter car ce peut être une indication de complication liée au TH.

Mise en garde : Si vous êtes inquiète ou si des complications apparaissent, consultez sans délai.

Outil 3.5.4.b

*J'évalue mes connaissances
en ce qui concerne le traitement hormonal*

Quels sont les risques ou les effets protecteurs que vous attribuez au traitement hormonal? Cochez la case qui vous semble correspondre à la bonne réponse.

	Risque existant	Effet nul	Effet protecteur	Je ne sais pas
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caillots sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer des ovaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence et maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sautes d'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outil 3.5.4.b J'évalue mes connaissances en ce qui concerne le traitement hormonal (TH)- Réponses

Accident vasculaire cérébral	Risque existant
-------------------------------------	-----------------

Le traitement hormonal est associé à une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral, indépendamment de l'âge de la patiente.

Bouffées de chaleur	Effet protecteur
----------------------------	------------------

Le TH est une option très efficace pour le traitement des bouffées de chaleur. Il existe aussi des solutions non hormonales pour soulager ces troubles. Attention! Si elles se produisent plus de 10 ans après la ménopause, les bouffées de chaleur peuvent être un indicatif de maladie cardiovasculaire. Le TH est alors déconseillé.

Caillots sanguins	Risque existant
--------------------------	-----------------

Le risque de caillots sanguins, d'embolie pulmonaire et de thrombose augmente avec la prise d'hormones et il s'accroît avec l'âge de la patiente.

Cancer de l'endomètre	Effet nul
------------------------------	-----------

La prise d'œstrogène accroît les risques de cancer de l'endomètre. C'est pourquoi les femmes qui ont encore leur utérus doivent utiliser une combinaison œstrogène-progestatif pour neutraliser ce risque .

Cancer des ovaires	Effet nul
---------------------------	-----------

Il n'est pas prouvé que le TH augmente les risques de cancer des ovaires. On a cependant remarqué une tendance à l'augmentation du risque, bien que cette augmentation ne soit pas statistiquement significative.

Cancer du sein	Risque existant
-----------------------	-----------------

Le TH augmente le risque de cancer du sein. C'est pourquoi il est recommandé de l'utiliser seulement si nécessaire, et pour la période la plus courte possible.

Démence et maladie d'Alzheimer	Risque existant
---------------------------------------	-----------------

Le TH n'a pas d'effet protecteur en ce qui concerne la démence et la maladie d'Alzheimer et elle a même un effet négatif chez les femmes de plus de 65 ans.

Incontinence	Risque existant
---------------------	-----------------

Le TH augmente l'incontinence et sa fréquence, et ce, dès 4 mois après le début du traitement.

Infections urinaires	Effet protecteur
-----------------------------	------------------

Le TH en application locale protège des infections urinaires à répétition.

Libido	Effet nul
---------------	-----------

- Le TH n'améliore pas la libido et peut au contraire provoquer une perte d'appétit sexuel.
- Parce qu'il permet de traiter la sécheresse vaginale, il peut avoir des répercussions positives indirectes sur la sexualité.
- Si la testostérone est parfois prescrite dans les cas de baisse du désir sexuel, il faut noter que son efficacité est contestée et que son innocuité à long terme n'a pas été prouvée.



Maladies du cœur	Risque existant
Le TH augmente le risque de maladies du cœur, particulièrement chez les femmes plus âgées ou chez celles qui ont un historique de troubles cardiaques.	
Mémoire	Risque existant
Le TH n'a pas d'effets positifs sur la mémoire et sa prescription est même associée à un déclin cognitif chez les femmes plus âgées.	
Ostéoporose	Effet protecteur
Le TH a un effet positif sur l'ostéoporose : il ralentit la perte osseuse. En revanche, en ce qui concerne les fractures, son effet protecteur réel est assez faible chez les femmes récemment ménopausées.	
Rides	Effet nul
Une bonne hygiène de vie semble, encore à ce jour, le meilleur moyen de conserver une peau en santé.	
Saignements vaginaux	Risque existant
Un des effets secondaires du TH est le déclenchement de saignements vaginaux ou leur augmentation.	
Sautes d'humeur	Effet nul
Il n'y a pas de lien direct établi entre ménopause et sautes d'humeur. Pourtant, on prétend que le TH aide à réguler l'humeur. Or, un des effets secondaires recensés est l'augmentation des sautes d'humeur.	
Sécheresse vaginale	Effet protecteur
Le TH a un effet positif sur la santé vulvo-génitale à la ménopause, surtout en application locale. Il existe également des solutions non hormonales à la sécheresse vaginale, comme par exemple l'utilisation d'un hydratant local.	
Sommeil	Effet nul
Nous n'avons pas de données sur un effet bénéfique direct du TH sur le sommeil. Cependant, les femmes qui sont soulagées des sueurs nocturnes et des bouffées de chaleur jouiront certainement d'un meilleur sommeil.	
Sueurs nocturnes	Effet protecteur
Le TH est très efficace pour le traitement des manifestations vasomotrices.	

Le traitement hormonal : une histoire fertile en rebondissements

C'est en 1930 que l'estrogène commence à être prescrit aux femmes pour le traitement des bouffées de chaleur et des autres signes incommodes de la ménopause. Peu à peu, son usage se généralise, et des millions de femmes entreprennent un traitement hormonal au moment de la ménopause.

La logique est simple, voire simpliste. Puisque la perte d'hormones est liée à l'âge, "remplacer" ce qui a été perdu devrait protéger du vieillissement et des maladies qui y sont associées tout en permettant aux femmes de rester éternellement jeunes et féminines. C'est la thèse défendue par l'un des grands promoteurs du traitement hormonal, Robert A. Wilson, qui publie, en 1966, le best-seller *Feminine Forever* ("éternellement féminine"). Aux frais d'une compagnie pharmaceutique qui produit des hormones, Wilson sillonne les États-Unis, de conférences en entrevues, pour répandre la nouvelle du miracle hormonal.

Mais l'euphorie retombe, au milieu des années 1970, avec la publication de deux études qui révèlent que «... les femmes soumises à l'œstrogène pouvaient être de quatre à sept fois plus à risque de développer un cancer de l'endomètre que les autres femmes» (Proulx-Sammut, 2001, p. 203). Le nombre de prescriptions décroît, jusqu'à la découverte d'une nouvelle formulation, un combiné d'estrogène et de progestatif qui neutralise les risques de cancer de l'endomètre.

Durant les années 1980, l'industrie pharmaceutique organise une nouvelle campagne de promotion du traitement hormonal. En plus de soulager les manifestations vasomotrices, celui-ci aurait la capacité de prévenir les maladies cardiovasculaires, les rides, l'incontinence urinaire, les symptômes vasomoteurs, l'atrophie et la sécheresse vaginale, la démence, les douleurs articulaires, les sautes d'humeur et l'insomnie. Un traitement hormonal est prescrit à des millions de femmes en parfaite santé, sur de très longues périodes, pour "prévenir" la maladie ou les signes du vieillissement.

En 1998, nouvelles révélations : l'essai clinique HERS, mené avec une population de femmes atteintes de maladies cardiaques, démontre que le traitement hormonal ne prévient pas les maladies cardiovasculaires; il tend au contraire à aggraver les incidents et la mortalité. Malgré cela, le traitement hormonal continue d'être prescrit à des femmes en bonne santé.

En 2002, l'une des plus importantes études jamais réalisées sur la santé des femmes ménopausées, la *Women's Health Initiative* (WHI), est interrompue avant terme en raison des risques associés au traitement hormonal. Menée par le US *National Institute of Health*, l'étude concerne 161 808 femmes âgées de 50 à 79 ans, dont 16 000 qui participent à l'essai clinique contrôlé et randomisé¹ sur la formule combinée. Ses conclusions : le traitement hormonal est efficace pour le soulagement des signes vasomoteurs et de la sécheresse vaginale, en plus d'exercer un effet protecteur sur les os et de contribuer à prévenir le cancer colorectal. Cependant, 1 % des femmes en bonne santé qui ont suivi le traitement combiné (E+P) ont subi des incidents graves : cancer du sein, accident cérébral vasculaire, démence, incontinence, etc

1 Comparaison clinique de deux groupes, déterminés par tirage au sort, l'un soumis au traitement et l'autre à un placebo (substance inactive). Ce type d'étude est considéré comme étant d'une grande fiabilité.

À la suite de ces révélations, la prescription de traitement hormonal décroît rapidement. Si, en 2001, 11 millions de Canadiennes suivent un traitement hormonal, elles ne seront plus que 5,5 millions en 2006 (CBC News, 2007). Les recommandations sont modifiées : le traitement hormonal ne peut plus être prescrit pour la prévention de pathologies, car les risques sont plus élevés que les bénéfiques. Après 2002, le TH est réservé aux femmes qui expérimentent des manifestations ménopausiques graves ou modérées, à dose minimale, pour une durée minimale.

La publication des résultats de l'étude WHI aurait pu permettre de clore le débat sur le traitement hormonal. C'était sans compter les énormes intérêts financiers en jeu, notamment pour l'industrie pharmaceutique, qui refuse de perdre le fructueux marché que représentent les femmes ménopausées. Depuis 2002, plusieurs campagnes de promotion du traitement hormonal ont été orchestrées : réinterprétation des données, insistance sur certains effets positifs (prévention de l'ostéoporose et des bouffées de chaleur), manipulation de l'information, conférences internationales financées par les fabricants, "programmes éducatifs" destinés aux médecins sur les bienfaits du traitement hormonal, etc. Depuis 2008, on assiste à une véritable contre-offensive pour la réhabilitation du traitement hormonal. La parution, en janvier 2009, de la *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause* par la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada suit cette tendance. Les nouvelles recommandations sont de prescrire le traitement hormonal, à dose et à durée déterminées en vue d'obtenir les résultats souhaités.

Après 80 ans de controverse, le débat sur le traitement hormonal continue de plus belle.

Dans l'intérêt de qui?

Un gâteau pour la ménopause : des phytoestrogènes au dessert!

Voici une recette de gâteau qui circule parmi les femmes de l'Estrie. Une manière agréable de consommer des aliments santé!

Ingrédients :

250 ml de farine de soya
250 ml de farine de blé entier
225 ml de flocons d'avoine
125 ml de graines de lin
125 ml de graines de tournesol (moulues)
125 ml de graines de citrouille (moulues)
125 ml de graines de sésame (moulues)
125 ml d'amandes tranchées
2 morceaux de gingembre en conserve, haché fin
375 ml de raisins secs ou de canneberges séchées
1/2 c. à thé de muscade
1/2 c. à thé de cannelle
1/2 c. à thé de gingembre moulu
1 litre de lait de soya
1 c. à soupe d'extrait de malt ou de miel

Préchauffer le four à 190 °C (375 °F). Tapisser l'intérieur d'un moule à pain avec du papier ciré, ou le graisser avec de la margarine, du beurre ou de l'huile végétale.

Mélanger tous les ingrédients secs dans un grand bol. Incorporer le lait de soya et l'extrait de malt (ou le miel) et laisser reposer 30 minutes. Ajouter du lait de soya si le mélange devient trop épais. Il devrait pouvoir se verser doucement.

Faire cuire pendant environ 1 h 30. Vérifier le degré de cuisson en piquant la pointe d'un couteau dans le centre du gâteau. La pâte ne doit pas coller.

Certaines font une grosse recette dans des moules à pain, puis congèlent les gâteaux en portions individuelles afin d'en consommer au moins une tranche par jour, pour la collation ou le matin au petit déjeuner.