Elisabeth Bandi-Ott

Ces bouffées de chaleur m'agacent

Atelier interactif lors du congrès Swiss Family Docs Bâle, 25.8.2011 (expert: Dr. med. Katharina Schiessl, Frauenklinik USZ Zürich)

Mise à jour sur l'état actuel des recommandations, en portant une attention particulière au rapport bénéfice/risque d'une hormonothérapie.

Des symptômes gênants – que doit-on recommander aux patientes?

L'atelier, qui affichait une forte participation, a débuté avec l'exemple d'une patiente typique et la question posée à la spécialiste: banquière de 43 ans qui ne compte plus avoir d'enfants, la patiente présente un cycle normal et souffre de bouffées de chaleur qui perturbent fortement sa vie professionnelle et la réveillent la nuit à plusieurs reprises. Ses valeurs hormonales au 4ème jour du cycle sont dans la norme. – Que faites-vous avec cette patiente?

Selon le Dr. Schiessl, les symptômes vasomoteurs de la ménopause débutent déjà jusqu'à deux ans avant l'arrêt des menstruations. Sur le plan hormonal, les relations fonctionnelles entre l'hypothalamus, l'hypophyse et l'ovaire se modifient. Ce faisant, les réserves ovariennes en œstrogènes s'épuisent relativement rapidement et, pour compenser, les taux de FSH augmentent.

Sur le plan clinique, apparaissent des bouffées de chaleur, des troubles du sommeil, des troubles dépressifs et une libido réduite. Lors de l'anamnèse, les facteurs aggravants sont les fluctuations hormonales, la dépression et surtout le stress. Le degré de gêne ressenti par la femme est très variable.

Pour conseiller nos patientes, les attitudes et les besoins des femmes doivent être à l'avant-plan.

En termes de mesures non-médicamenteuses, il s'agit avant tout de réduire le stress et d'intégrer des rituels de relaxation, des exercices physiques, de «ralentir le quotidien».

Sur le plan médicamenteux, nous disposons principalement de deux catégories:
- l'hormonothérapie substitutive (HTS)
- la phytothérapie

Bénéfices et risques de l'hormonothérapie substitutive

L'hormonothérapie substitutive, pratique presque courante il y a quelques années encore, a été complètement remise en question par de grandes études (Women Health Initiative Study WHI et les autres études qui ont suivi). A titre d'exemple, la prescription d'une hormonothérapie substitutive a reculé de près de 70% en Allemagne. Il s'est toutefois avéré que la majeure partie des sujets étudiés ne correspondait pas à une population moyenne de femmes ménopausées.

Selon le Dr. Schiessl, il a également pu être montré que les œstrogènes et la progestérone, administrés à un plus jeune âge, possédaient un effet protecteur contre diverses maladies, y compris au niveau cardiaque et cardiovasculaire. Etant donné qu'un risque accru de cancer du sein a été calculé par la thérapie combinée, de nombreuses patientes ne souhaitent actuellement plus recevoir d'HRT.

Les recommandations des experts sont résumées comme suit dans la lettre des experts SGGG 2009:

En cas de ménopause précoce, la prise d'une hormonothérapie est conseillée jusqu'à l'âge normal moyen de la ménopause, c'est-à-dire jusqu'à 50–52 ans. Ceci est également valable pour toutes les autres conditions accompagnées d'un manque total d'œstrogènes (aménorrhée hypothalamique, ovariectomie bilatérale, etc.).

Indications pour une hormonothérapie substitutive
- aménorrhée hypo-œstrogénique primaire ou secondaire
- signes de carence en œstrogènes modérés à sévères en cas de ménopause survenue à un âge normal
- ostéopénie/ostéoporose et symptômes climatériques

Choix de la dose efficace la plus faible, prise aussi longtemps que nécessaire, évaluation régulière (annuelle) de l'indication

Hormonothérapie substitutive – laquelle?

Concrètement, quelles sont les possibilités de traitement disponibles pour une patiente souhaitant recevoir une HRT en raison de symptômes climatériques?

En périménopause, il faut, dans la mesure du possible, traiter de manière séquentielle:
- 1er phase œstrogènes, 2ème phase œstrogènes et gestagènes par voie orale;
- alternativement, il est possible d'opter pour un patch transdermique combiné;
- en cas de symptômes urogénitaux persistants, un traitement par l'estriol en application vaginale peut être utile.

En postménopause, des associations fixes sont utilisées avec pour objectif de supprimer les saignements. A cette fin, il est également possible d'utiliser la voie orale ou la voie transdermique.

L'experte a donné les astuces de traitement suivantes:
- en cas de mastodynie: réduire la dose d'œstrogènes
- le traitement transdermique rehausse l'effet androgène (augmentation plus faible de la SHBG)
- en cas de rétention d'eau, administrer de la progestérone micronisée
- progestérone par voie orale, à prendre toujours le soir en raison de l'effet sédatif
- en cas d'hypercholestérolémie, une œstrogénothérapie par voie orale est avantageuse; en cas de triglycéridémie, elle doit être transdermique
- l'acétate de noréthindrone (NETA) est également converti en éthynil estradiol (EE): Prudence chez les patientes présentant une thrombo-embolie et un risque de maladie cardiovasculaire

Quant au rôle de la tibolone, dérivé synthétique de la testostérone, le Dr. Schiessl la considère appropriée en postménopause en cas de perte de libido, moins efficace contre les bouffées de chaleur, capable de réduire le risque de fracture d'après certaines études, mais contre-indiquée après un cancer du sein.
La physiothérapie a connu un essor considérable durant les deux dernières années. Des études montrent une action prouvée pour les préparations à base de cimifuga (actée à grappe), avec un effet placebo relativement important. D'autres agents phytothérapiques, tels que le millepertuis, la sauge, le trèfle des prés et le soja, sont également utilisés. Les données disponibles ne permettent toutefois aucune prise de position.

Trucs et astuces

Dans la dernière partie de l'atelier, ont été abordés des trucs et astuces ainsi que des recommandations de la littérature scientifique. En ce qui concerne la prise de poids souvent observée après la ménopause, le Dr. Schiessl explique qu'elle est due à un ralentissement du métabolisme basal et qu'un mode de vie plus adapté (plus d'exercice physique, habitudes alimentaires raisonnables) en est la seule solution.

Pour finir, voici trois ouvrages recommandés:
Pour les patientes:
Widmer R, Jahn R. Wechseljahre natürlich begleiten. Beobachter Ratgeber. Zürich: Beobachter-Buchverlag; 2011.
Pour les médecins:
Wingert P, Krantovitz B. The Menopause Book. New York: Workman Publishing; 2009.
Birkhäuser M, Bodmer C. Aktuelle Aspekte der Menopause. Bremen: Unimed-Verlag; 2003.

Correspondance:
Dr. med. Elisabeth Bandi-Ott
Klinische Dozentin Leiterin Bereich Lehre
IHAMZ
8091 Zürich
Elisabeth.Bandi-Ott[at]usz.ch