

# GUIDE SUR LA MÉNOPAUSE

Document d'accompagnement du Rapport de consensus sur la ménopause  
2006 de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

FÉVRIER 2006





<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Section 1 : Mode de vie et mieux-être</b> .....	<b>3</b>
<b>Section 2 : Traitement symptomatique</b> .....	<b>5</b>
<b>Section 3 : Santé sexuelle et urogénitale</b> .....	<b>8</b>
<b>Section 4 : Cancer</b> .....	<b>11</b>
<b>Section 5 : Traitement de l'ostéoporose</b> .....	<b>14</b>
<b>Appexe I : Principales recommandations du Rapport de consensus sur la ménopause 2006</b> .....	<b>16</b>
<b>Appexe II : L'hormonothérapie</b> .....	<b>19</b>
<b>Références</b> .....	<b>23</b>

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada  
780, promenade Echo, Ottawa (Ontario) K1S 5R7  
Tél. : (613) 730-4192 ou 1-800 561-2416  
Télec. : (613) 730-4314  
[www.sogc.org](http://www.sogc.org)

Le guide sur la ménopause a été préparé par la  
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada grâce à une subvention éducationnelle  
sans restrictions offerte par Wyeth Canada.



### À propos de la SOGC

Créée en 1944, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est l'un des premiers organismes nationaux à se consacrer à l'exercice de l'obstétrique et de la gynécologie en Amérique du Nord.

La mission de la SOGC est de promouvoir la santé optimale des femmes par le leadership, la collaboration, l'éducation, la recherche et la défense des droits dans la pratique de l'obstétrique et de la gynécologie.

La Société accueille tous les spécialistes en obstétrique et en gynécologie, les omnipraticiens, les chercheurs, les infirmières, les sages-femmes et les autres fournisseurs de soins de santé du Canada et de l'étranger. Les langues officielles de la SOGC sont le français et l'anglais.

**Le premier mandat de la SOGC, défini en 1944, consistait à « promouvoir, cultiver et encourager l'art et la science de l'obstétrique et de la gynécologie au Canada ».**

### Rapport de consensus sur la ménopause 2006

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié le premier Rapport de consensus sur la ménopause en 1994 et, depuis, l'a révisé deux fois, la dernière mise à jour datant de 2002.

Un groupe d'experts, composé d'endocrinologues, de gynécologues, de médecins de famille et de santé publique, d'un cardiologue et d'un psychiatre, a évalué toutes les données pertinentes publiées dans les journaux examinés par leurs pairs depuis la dernière mise à jour du rapport en 2002. Les publications étaient évaluées en fonction de la valeur des données, et le groupe d'experts a tiré ses conclusions à la suite de rencontres individuelles, d'échanges d'information par courriel et de téléconférences.

Le groupe d'experts avait pour objectif de donner aux fournisseurs de soins de santé des directives sur la gestion de la ménopause naturelle chez les femmes asymptomatiques en santé, de même que chez les femmes éprouvant des problèmes vasomoteurs, urogénitaux, sexuels, liés à l'humeur ou à la mémoire, celles ayant certains troubles médicaux et celles souffrant d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire. Toutes les autres formes de défaillance des ovaires font l'objet de considérations qui ne sont pas couvertes dans ce document.

Voici la liste des membres du comité du Rapport de consensus sur la ménopause :

#### Présidents de la conférence :

- Serge Bélisle, MD, MSc, FRCSC, Montréal (Québec)
- Jennifer Blake, MD, MSc, FRCSC, Toronto (Ont.)

#### Comité des directives cliniques sur la ménopause :

- Rosemary Basson, MD, MRCP, FRCP (R.-U.), Vancouver (C.-B.)
- Sophie Desindes, MD, FRCSC, Sherbrooke (Québec)
- Gillian Graves, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)
- Sophie Grigoriadis, PhD, MD, FRCPC, Toronto (Ont.)
- Shawna Johnston, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
- André Lalonde, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
- Christina Mills, MD, Ottawa (Ont.)
- Lynn Nash, MD, CCFP, FCFP, Ancaster (Ont.)
- Robert Reid, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
- Timothy Rowe, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
- Vyta Senikas, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
- Michele Turek, MD, FRCPC, Ottawa (Ont.)



### Définir et comprendre la ménopause

La ménopause se définit spécifiquement et se confirme par l'absence des menstruations pendant une période de 12 mois<sup>1</sup>. Bien que cette période détermine la ménopause proprement dite, beaucoup de gens voient la ménopause comme une plus longue période de transition.

« La ménopause correspond à un moment dans le temps. Les expressions « entrer en ménopause » et « être en ménopause » sont de fausses appellations utilisées parfois pour décrire la périménopause ou la période de transition vers la ménopause. Il convient mieux de dire qu'une femme atteint la ménopause. » [traduction libre]<sup>2</sup>

~ *The North American Menopause Society*

- **Périménopause** – À l'approche de la ménopause, l'organisme produit des quantités réduites d'hormones féminines (œstrogènes et progestérone). La quantité d'hormones produites variant d'un mois à l'autre, les ovaires peuvent libérer un ovule certains mois et ne pas en libérer d'autres mois, et les règles peuvent diminuer ou augmenter, s'espacer ou se rapprocher ou, parfois, ne pas survenir du tout. La périménopause commence, en moyenne, à l'âge de 45,1 ans, mais peut débuter n'importe quand entre 39 et 51 ans, et dure de deux à huit ans (la moyenne étant de cinq ans).
- **Ménopause** – La femme atteint la ménopause lorsqu'à cause d'une diminution de l'activité ovarienne, elle a ses dernières menstruations. Dans le cas de la ménopause naturelle celle-ci est confirmée après 12 mois sans menstruations. La ménopause chirurgicale ou la ménopause induite par une chimiothérapie ou une radiothérapie débute lors de la dernière menstruation avant l'intervention chirurgicale ou tout événement qui aurait entraîné la perte de la fonction ovarienne. La ménopause est la perte de cette fonction, et non pas l'absence de menstruations. Ainsi une femme qui n'a plus de menstruations à la suite d'une hystérectomie par exemple, n'est pas ménopausée tant qu'elle conserve une activité ovarienne.
- **Postménopause** – La postménopause débute lorsque la femme a atteint la ménopause. Lorsque la femme est ménopausée, elle doit également tenir compte de considérations de santé additionnelles telles que l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires<sup>3</sup>. Les différentes phases de la ménopause représentent une excellente occasion d'évaluer son mode de vie et sa santé en général afin d'éviter tout problème de santé à long terme potentiel.

Environ quatre millions de Canadiennes sont sur le point d'atteindre ou ont atteint la ménopause<sup>4</sup>. Cette étape naturelle de la vie touche toutes les femmes de façon différente, que ce soit du point de vue de l'âge ou de l'intensité des symptômes.

Compte tenu de l'universalité de la ménopause (toutes les femmes sont concernées) et de l'augmentation sans précédent du nombre de femmes ménopausées au Canada, la santé des femmes en ménopause ou ménopausées touche de près l'ensemble de la société<sup>5</sup>. De plus, la hausse de l'espérance de vie signifie non seulement que le nombre de femmes atteignant la ménopause augmente, mais que la proportion de femmes âgées ménopausées augmente également.

- Selon le recensement du Canada de 2005, le nombre de femmes de plus de 50 ans s'élève à 5,5 millions<sup>6</sup>.
- D'ici 2026, les femmes de ce groupe d'âge devraient représenter 22 pour cent de la population du Canada<sup>7</sup>.
- En moyenne, au Canada, les femmes atteignent la ménopause à l'âge de 51 ans et une grande partie de la population atteindra cet âge d'ici les 10 prochaines années<sup>8</sup>.



## Section 1 : Mode de vie et mieux être

Les preuves continuent de s'accumuler : adopter un mode de vie sain et un régime équilibré et faire de l'exercice aide à réduire les risques de maladies graves, notamment les maladies cardiaques<sup>9</sup> et le cancer<sup>10</sup>. Plusieurs sources démontrent également que la santé infantile joue un rôle déterminant dans le développement de maladies à l'âge adulte<sup>11, 12</sup>. Un nombre accru de femmes qui atteignent la ménopause aujourd'hui ont eu la chance de grandir en ayant accès à une alimentation équilibrée, à des soins de santé préventifs et à de l'information sur les avantages d'un mode de vie sain. Au cours des 25 dernières années, la prévalence des maladies cardiaques, entre autres, a progressivement chuté<sup>13</sup>.

De nos jours, l'état de santé de nombreuses femmes qui atteignent la ménopause est exceptionnel. Cependant, le taux d'obésité augmente et l'inactivité physique est un problème constant. Le défi que pose notre société de plus en plus diversifiée consiste à trouver des solutions qui s'appliqueront aux différents groupes de femmes.

### Adopter un mode de vie sain

Tous, les hommes comme les femmes, devraient adopter un mode de vie sain dans le but de se protéger de la maladie et d'améliorer leur qualité de vie. Faire de l'exercice et manger sainement peut avoir des répercussions positives sur la santé physique et mentale et ce, à tout âge. Pour certaines femmes qui atteignent la ménopause, un mode de vie sain peut réduire l'intensité des symptômes et faciliter la période de transition.

#### Régime

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*<sup>14</sup> recommande de consommer beaucoup d'aliments de source végétale, peu de gras saturés et d'acides gras trans et beaucoup de fibres alimentaires, et de boire de six à huit verres d'eau par jour. Ce type de régime fournit les vitamines et les nutriments essentiels à la plupart des femmes au cours des différentes phases de la ménopause, mais certaines femmes doivent aussi prendre des compléments alimentaires pour s'assurer d'avoir des quantités suffisantes de calcium, de vitamine D et d'acide folique.

#### Exercice

Faire de l'exercice physique régulièrement aide à conserver des os et des muscles forts et à améliorer son équilibre, sa souplesse et son agilité. L'exercice favorise également la santé cardiovasculaire, ralentit la perte osseuse, stimule la confiance en soi, réduit le stress et aide à maintenir un poids santé. Pour être optimal, un plan d'exercice doit combiner des exercices de mise en charge et d'aérobique, un entraînement en résistance ou en force et des étirements ou du yoga pour améliorer sa souplesse.

La recommandation suivante figure dans le guide de la SOGC, L'ostéoporose : Parlons en! :

**L'activité physique quotidienne est un élément essentiel d'une hygiène de vie visant à consolider les os. La marche rapide, l'aérobique sans sauts et la danse sont des exemples d'activités de mise en charge (demandant que le corps supporte son propre poids) qui aident à garder des os solides. Les exercices dits de « résistance », comme les poids et haltères, sont aussi efficaces. Le squelette réagit à ces deux types d'exercices en augmentant la masse osseuse afin de répartir la charge sur une plus grande surface. À tout le moins, il semble que l'exercice ralentisse la déperdition osseuse<sup>15</sup>.**

#### Prise de poids

La prise de poids qui accompagne la périménopause est très fréquente, mais pas inévitable. Le ralentissement naturel de la vitesse du métabolisme entraîne une prise de poids qui, dans la plupart des cas, peut être minimisée ou évitée par un régime faible en gras et un plan d'exercice modéré.

#### Stress

Le stress peut nuire à la qualité de vie d'une personne à tout âge et, pour de nombreuses femmes, semble augmenter durant la période de transition vers la ménopause. Le stress peut provoquer de multiples symptômes physiques et peut amplifier plusieurs troubles médicaux sous-jacents, notamment les maladies cardiovasculaires. Il existe diverses méthodes de réduction du stress qui s'adressent à l'ensemble de la population, dont l'exercice régulier, le yoga, le taï chi, la massothérapie, la méditation, la maîtrise de la respiration, des techniques de relaxation, la bioréaction et des techniques de modification du comportement. Quelques-unes de ces méthodes se sont également avérées efficaces pour soulager les symptômes vasomoteurs.



### *Tabagisme*

La cigarette comporte non seulement des risques pour la santé bien connus de tous, elle peut également nuire à la qualité de vie des femmes en ménopause. Un surplus d'œstrogènes peut être requis pour soulager les symptômes des troubles vasomoteurs et stabiliser les menstruations durant la périménopause. C'est pourquoi la pilule contraceptive est souvent prescrite, mais les femmes qui fument ou qui utilisent des timbres ou de la gomme à mâcher à la nicotine ne peuvent la prendre<sup>16</sup>.

### *Alcool*

La consommation d'alcool aggrave les symptômes de la ménopause tels que les bouffées de chaleur, l'insomnie et la dépression, et favorise la prise de poids en apportant des calories vides à l'organisme. L'abus d'alcool entraîne souvent des carences en calcium ainsi que d'autres carences alimentaires, ce qui contribue au développement de l'ostéoporose, et augmente le risque de chutes et de fractures causées par une perte d'équilibre. Consommer de l'alcool de façon légère ou modérée (de un à deux verres par jour) peut protéger contre les maladies cardiaques, mais favoriser le cancer du sein<sup>17</sup>.

### *Caféine*

La consommation de caféine peut aggraver les symptômes de la ménopause tels que les bouffées de chaleur et l'insomnie. Par conséquent, les femmes devraient diminuer leur consommation d'aliments et de boissons contenant de la caféine et ajouter du lait faible en gras dans leur café et leur thé pour augmenter leur apport en calcium.

### **Le Rapport de consensus sur la ménopause 2006 fait les recommandations suivantes en ce qui concerne le mode de vie et le mieux être :**

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient discuter, avec leurs patientes en ménopause, des choix de vie santé et en favoriser la mise en œuvre.
2. L'apport de modifications au mode de vie (y compris la diminution de la température profonde du corps, la pratique régulière d'exercices, la maîtrise du poids, l'abandon du tabagisme et la maîtrise de la respiration) peut être recommandé aux fins de l'atténuation des symptômes vasomoteurs légers.



## Section 2 : Traitement symptomatique

### Les symptômes de la ménopause

À l'approche de la ménopause, les femmes sont sujettes à une foule de symptômes. Soixante-quinze pour cent<sup>18</sup> des femmes ont des bouffées de chaleur, mais toutes les femmes ne connaissent pas tous les symptômes de la ménopause, lesquels ne sont pas aussi intenses d'une femme à l'autre. Certaines femmes en sont pratiquement épargnées, alors que d'autres en souffrent considérablement<sup>19</sup>.

- **Bouffées de chaleur** – La régulation de la température est affectée par la ménopause : les femmes ménopausées ont une « zone thermo neutre » beaucoup plus petite, c'est-à-dire une variation de températures confortables. Les œstrogènes affectent la grandeur de la « zone » et influencent le volume de sang qui va au cerveau, permettant au corps de contrôler sa température. C'est pourquoi la modification du taux d'œstrogènes qui accompagne la périménopause et la ménopause peut causer des bouffées de chaleur et augmenter la transpiration. Les bouffées de chaleur qui surviennent la nuit se nomment « sueurs nocturnes ».
- **Humeur et mémoire** – Les femmes en ménopause peuvent éprouver des sautes d'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété et des problèmes occasionnels de mémoire ou de concentration. Certaines souffrent d'un manque de confiance en soi et de dépression au cours des différentes phases de la ménopause, surtout celles qui voient la ménopause comme un signe de vieillissement.
- **Maîtrise de la vessie** – La diminution du taux d'œstrogènes peut entraîner un amincissement des tissus de la vessie et du tractus urinaire, ce qui réduit la maîtrise de la vessie, peut provoquer de légers écoulements d'urine (par exemple, lorsque la femme rit ou éternue) et peut augmenter le risque d'infections urinaires récurrentes.
- **Apparence** – Les œstrogènes contribuent au maintien du collagène qui soutient la peau. Une baisse du taux d'œstrogènes peut accélérer la formation de rides.
- **Changements sexuels** – La diminution du taux d'œstrogènes peut entraîner des problèmes de lubrification et de sécheresse vaginale, ce qui peut rendre les rapports sexuels douloureux. Les faibles quantités d'hormones peuvent également toucher la sensibilité et l'irrigation des organes sexuels.
- **Troubles du sommeil** – Jusqu'à 38 pour cent des femmes peuvent souffrir de troubles du sommeil, notamment de latence du sommeil, de réveils nocturnes et d'apnée. Ce symptôme semble être plus fréquent durant la périménopause et chez les femmes dont la ménopause est due à une intervention chirurgicale<sup>20</sup>.
- **Autres symptômes de la ménopause** – Quelques femmes souffrent également d'épuisement ou de douleurs articulaires.

**Au cours de la transition vers la ménopause, trois femmes sur quatre ont des bouffées de chaleur. Sans traitement, près de la moitié d'entre elles en souffrent pendant cinq ans ou plus. Certaines femmes ont même des bouffées de chaleur jusqu'à l'âge de 70 ans.**

Il est impératif de consulter un médecin pour s'assurer que les symptômes sont causés par la périménopause ou la ménopause, puisque d'autres problèmes, tels que la dysfonction thyroïdienne, une mauvaise maîtrise de la glycémie ou un mode de vie malsain, peuvent provoquer des symptômes similaires.

D'un point de vue clinique, les symptômes causés par la diminution des taux d'hormones chez la femme pendant la périménopause peuvent être divisés en deux catégories : **les symptômes vasomoteurs et les symptômes urogénitaux**. De façon générale, les symptômes vasomoteurs sont plus intenses durant la périménopause et les premières années suivant la ménopause, mais s'améliorent après une période de deux à cinq ans, bien qu'ils puissent persister des années, voire des décennies, chez certaines femmes.

Contrairement aux symptômes vasomoteurs qui apparaissent tôt et s'atténuent habituellement avec le temps, les symptômes urogénitaux se manifestent généralement de façon progressive au cours des années ou des décennies suivant la ménopause. Ces symptômes touchent de 30 à 50 pour cent des femmes et peuvent représenter une cause d'inconfort quotidien<sup>21</sup>. La sécheresse vaginale durant la phase d'excitation sexuelle constitue souvent le premier symptôme à être remarqué.



### Symptômes vasomoteurs et urogénitaux<sup>22</sup>

Symptômes vasomoteurs	
<p><b>Symptômes primaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bouffées de chaleur</li><li>• Sueurs nocturnes</li><li>• Troubles du sommeil</li><li>• Nausées</li><li>• Étourdissements</li><li>• Palpitations</li><li>• Crises d'anxiété</li></ul> <p><b>Symptômes secondaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Épuisement</li><li>• Irritabilité</li><li>• Sautes d'humeur, problèmes de concentration et de mémoire</li></ul>	<p>Apparaissent pendant la périménopause et s'atténuent généralement avec le temps.</p>
Symptômes urogénitaux et sexuels	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sécheresse vaginale, écoulements, saignements</li><li>• Infections urinaires récurrentes, incontinence urinaire par impériosité ou à l'effort</li><li>• Diminution ou perte de libido</li></ul>	<p>Se manifestent de façon progressive au cours des années ou des décennies suivant la ménopause.</p>

L'hormonothérapie (HT) demeure le traitement le plus efficace des symptômes perturbateurs. Il faut parfois attendre jusqu'à quatre semaines de traitement pour en constater les résultats, toutefois, 77 pour cent des femmes remarquent une diminution des bouffées de chaleur et 78 pour cent dorment mieux<sup>23</sup>. Les administrations par voie orale et transdermique soulagent toutes deux les symptômes de façon efficace<sup>24</sup>.



## Section 2 : Traitement symptomatique

### **Le Rapport de consensus sur la ménopause 2006 fait les recommandations suivantes en ce qui concerne le traitement symptomatique :**

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient présenter l'hormonothérapie (HT) (OT / traitement œstrogènes-progestatif) comme étant le traitement le plus efficace pour la prise en charge médicale des symptômes ménopausiques.
2. La principale indication pour un recours à l'HT devrait être la prise en charge des symptômes ménopausiques allant de modérés à graves.
3. L'HT devrait être prescrite selon la plus faible dose efficace, et ce, bien qu'il n'ait pas été démontré que le rapport « risque à long terme / bienfaits » de l'HT à faible dose s'avérait avantageux.
4. Les fournisseurs de soins de santé devraient prescrire l'HT pour une durée appropriée permettant l'atteinte des objectifs de traitement, tout en tenant compte des avantages et des risques, ainsi que de la qualité de vie de la patiente.
5. L'HT peut être prescrite pour une période prolongée, à la suite d'un counseling approprié, lorsque la patiente estime que les avantages l'emportent sur les risques. Une réévaluation périodique est fortement recommandée.
6. Les progestatifs seuls ou les contraceptifs oraux à faible dose peuvent être offerts à titre de solutions de rechange pour le soulagement des symptômes ménopausiques, particulièrement au cours de la phase de transition.
7. Les traitements d'ordonnance non hormonaux (y compris les antidépresseurs, le gabapentine, la clonidine et le bellergal) peuvent être prescrits à titre de solutions de rechange pour l'atténuation des symptômes vasomoteurs.
8. Les fournisseurs de soins de santé peuvent offrir à leurs patientes des soins de médecine parallèle dont l'efficacité a été démontrée en ce qui concerne les symptômes ménopausiques légers.
9. Les agents de médecine parallèle (y compris l'actée en grappes, les isoflavones dérivées du trèfle rouge et la vitamine E) peuvent être recommandés pour l'atténuation des symptômes vasomoteurs légers. Nous ne disposons pas de données suffisantes sur leur innocuité et leur efficacité à long terme.

Consultez la section 3 (prochaine section) pour obtenir des renseignements et des recommandations en matière de santé sexuelle et urogénitale.



### Atrophie vaginale

L'atrophie vulvovaginale, aussi appelée atrophie vaginale, est un symptôme urogénital fréquent chez les femmes ménopausées. Jusqu'à 50 pour cent des femmes ménopausées souffrent de sécheresse vaginale, de douleurs et de dyspareunie<sup>25</sup>. Sans œstrogènes, la peau et les tissus de soutien de la vulve (des lèvres) et du vagin s'amincissent et perdent de leur élasticité. Il s'agit d'une conséquence inévitable de la ménopause et la plupart des femmes connaîtront ces symptômes d'une manière ou d'une autre.

La sécheresse vaginale est généralement le premier symptôme de l'atrophie vaginale. Cette sécheresse est causée par la baisse de sécrétion de mucus par les glandes vaginales. Par la suite, la peau de la vulve et du vagin peut s'amincir et devenir plus sensible; cette sensibilité étant avivée lors des rapports sexuels. Même les frottements les plus doux, comme celui des sous-vêtements sur la peau sèche et amincie des lèvres, peuvent être douloureux. De plus, de nombreuses femmes n'aiment pas la nouvelle apparence de leur vulve, qui devient moins charnue.

Si l'atrophie vaginale n'est pas traitée, les symptômes peuvent empirer : hausse du risque d'infections urinaires récurrentes, de vaginites et de saignements, perte d'intérêt dans les activités sexuelles et perte de maîtrise de la miction (incontinence)<sup>26</sup>.

La plupart des femmes ménopausées remarquent également un changement dans l'écoulement vaginal normal. Sans œstrogènes, le pH (acidité) des sécrétions vaginales change et l'écoulement vaginal devient plus alcalin. Ce changement de pH modifie l'équilibre micro-organique des sécrétions naturelles, ce qui réduit le taux normal de bonnes bactéries. L'écoulement devient aqueux et décoloré, dégage une faible odeur et cause souvent une sensation de brûlure vaginale et d'irritation vulvaire.

Certaines femmes cherchent conseil auprès de leur médecin pour traiter les symptômes de l'atrophie vaginale, mais beaucoup d'autres s'inquiètent, sans demander d'aide. Il n'est pas rare qu'une femme cherche à éviter les rapports sexuels lorsque ceux-ci deviennent douloureux, ce qui peut nuire à sa relation amoureuse.

Les directives cliniques de la SOGC (2004) recommandent aux fournisseurs de soins de santé d'évaluer périodiquement leurs patientes ménopausées afin de détecter les éventuels symptômes de l'atrophie vaginale, qui peuvent avoir de graves répercussions sur la qualité de vie<sup>27</sup>.



### *Prise en charge de l'atrophie vaginale*

Voici quelques solutions pouvant aider à atténuer les symptômes :

- Éviter d'utiliser du savon (le remplacer par une crème à base d'eau, vendue dans la plupart des pharmacies).
- Traiter les problèmes de peau sous-jacents par l'application d'une crème topique, selon les indications du médecin.
- Après examen, traiter la détérioration de la flore vaginale avec les antibiotiques appropriés (il s'agit d'un traitement à court terme qui peut être administré par voie orale ou, parfois, directement dans le vagin et qui peut être répété).
- Avoir recours à l'œstrogénothérapie locale administrée dans le vagin sous forme de crème, de comprimé ou d'anneau.

L'œstrogénothérapie locale calme efficacement la sécheresse, les sensations de brûlure et les douleurs vaginales, de même que l'irritation et les gerçures vulvaires. Ce type de traitement contribue aussi à réduire considérablement l'inconfort et les douleurs lors des rapports sexuels, à rétablir le pH du vagin et à stopper la prolifération de la flore vaginale anormale. L'œstrogénothérapie locale à faible dose a un effet bénéfique remarquable sur les symptômes urogénitaux de la postménopause associés à l'atrophie vaginale<sup>28</sup>.

### *Santé sexuelle*

Plusieurs femmes rapportent une diminution de leur désir et de l'activité sexuelle durant la périménopause et la postménopause. Pour certaines femmes, cela devient une source d'inquiétude et d'angoisse, alors que d'autres ne remarquent aucun changement dans leurs relations sexuelles. Les chercheurs qui ont étudié la sexualité des femmes notent que plusieurs facteurs biologiques, sociaux et comportementaux interagissent dans ce domaine. Les taux de testostérone ne dictent pas la fonction sexuelle. Selon les données publiées, les femmes qui ont subi une ménopause chirurgicale peuvent tirer avantage d'un traitement de remplacement de la testostérone. Pour celles qui ont connu une ménopause naturelle, le rôle de la testostérone n'est pas clair et aucune étude importante sur ce sujet n'a été entreprise. Pour l'instant, il n'existe pas de thérapie de remplacement de la testostérone approuvée par Santé Canada pour les Canadiennes.

### **Le Rapport de consensus sur la ménopause 2006 fait les recommandations suivantes en ce qui concerne la santé sexuelle et urogénitale :**

#### *Préoccupations d'ordre urogénital :*

1. La crème d'œstrogènes conjugués (OC), un anneau intravaginal à libération prolongée d'estradiol ou des comprimés vaginaux d'estradiol sont recommandés à titre de traitement efficace pour contrer l'atrophie vulvovaginale.
2. Le recours systématique à une cothérapie au progestatif n'est pas requis, aux fins de la protection endométriale, chez les femmes qui bénéficient d'une œstrogénothérapie par voie vaginale selon une dose appropriée.
3. Le recours à des lubrifiants vaginaux peut être recommandé aux fins de l'atténuation subjective des symptômes de dyspareunie (relation sexuelle difficile ou douloureuse).
4. Les fournisseurs de soins de santé peuvent présenter le gel polycarbohydre (un hydratant vaginal) comme étant un traitement efficace contre les symptômes de l'atrophie vulvovaginale, dont la sécheresse et la dyspareunie.
5. Le recours à des options de traitement chirurgicales efficaces (dont la colposuspension de Burch et l'intervention par TVT) est recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort.
6. Le recours à des options de traitement non chirurgicales efficaces (dont la perte de poids [chez les femmes obèses], la physiothérapie visant le plancher pelvien avec ou sans rétroaction biologique, les cônes vaginaux lestés, la stimulation électrique fonctionnelle et/ou les pessaires intravaginaux) peut être recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort.
7. La modification du mode de vie, le recours à des exercices vésicaux et le traitement aux agents antimuscariniques sont recommandés pour la prise en charge de l'incontinence urinaire par impériosité.



## Section 3 : Santé sexuelle et urogénitale

8. Le recours à l'OT ne devrait pas être recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire postménopausique par impériosité ou à l'effort.
9. Le recours à l'œstrogénothérapie par voie vaginale peut être recommandé pour la prévention des infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes postménopausées.
10. L'œstrogénothérapie (OT) à administration locale est recommandée lorsqu'une HT est prescrite aux seules fins de la maîtrise des symptômes vulvovaginaux.

### *Préoccupations d'ordre sexuel :*

1. À la suite d'une évaluation exhaustive, de l'essai d'une œstrogénothérapie par voie générale et de l'offre de services de counseling appropriés, le recours à l'androgénothérapie peut être envisagé pour certaines femmes présentant des troubles acquis de la libido. L'androgénothérapie constitue toujours un traitement expérimental et nous ne disposons pas de données suffisantes sur son innocuité à long terme.
2. La tenue d'une évaluation biopsychosexuelle visant de préférence les deux partenaires (lorsque cela s'avère approprié) et cherchant à cerner les facteurs intrapersonnels, contextuels, interpersonnels et biologiques en cause est recommandée avant que la prise en charge des problèmes d'ordre sexuel d'une patiente ne soit mise en oeuvre.
3. Pour les femmes présentant une atrophie vaginale, l'administration locale d'œstrogènes devrait être prescrite aux fins de l'atténuation de la dyspareunie associée à l'atrophie vulvovaginale.
4. L'évaluation systématique des taux d'hormones sexuelles chez les femmes postménopausées présentant des problèmes d'ordre sexuel n'est pas recommandée. Les essais biologiques visant les androgènes qui sont disponibles ne reflètent pas l'activité androgénique totale et ne peuvent être mis en corrélation avec la fonction sexuelle.
5. Tout traitement expérimental à la testostérone faisant partie de la prise en charge de certaines femmes sélectionnées qui présentent un trouble acquis de la libido, habituellement associé à un trouble de l'excitation, ne devrait être mis en oeuvre que par des cliniciens expérimentés dans le domaine du dysfonctionnement sexuel de la femme, ainsi qu'à la suite de l'obtention du consentement éclairé de la patiente en question. La nature expérimentale du traitement, le manque de données sur l'innocuité à long terme et la nécessité d'avoir recours à une œstrogénothérapie par voie générale et à un suivi étroit doivent être expliqués à la patiente.

### **Parler de ses problèmes avec un professionnel de la santé**

Voici quelques conseils pour vous aider à parler de vos problèmes « embarrassants » à un professionnel de la santé :

- Dressez une liste des sujets dont vous désirez parler.
- Commencez par les questions les plus importantes ou les plus difficiles.
- Écrivez ce que le médecin vous dit.
- Si vous ne comprenez pas, demandez des explications.
- Si vous êtes gênée, munissez-vous de renseignements. Il peut être difficile de parler de ses problèmes en tête-à-tête avec un médecin. C'est pourquoi vous pouvez vous servir de l'information concernant vos symptômes, que vous avez trouvée sur Internet, dans un livre ou dans une revue pour expliquer vos problèmes, et éviter d'établir un contact visuel avec votre médecin.
- Si vous vous sentez toujours incapable de parler de vos problèmes, écrivez-les et faites-les lire au médecin.
- N'attendez pas que le médecin vous pose la question, donnez-lui toute l'information qui vous semble pertinente, notamment l'historique de votre état, vos symptômes et leurs effets sur votre vie, tout facteur lié à votre mode de vie qui pourrait avoir contribué à votre état et tous les médicaments que vous prenez, etc.



## Section 4 : Cancer

Les deux types de cancer qui touchent le plus les femmes à l'approche de la ménopause et qui doivent être pris en considération dans l'évaluation des options de prise en charge des symptômes de la ménopause sont le cancer de l'endomètre et le cancer du sein. La relation entre certains cancers et l'hormonothérapie suscite particulièrement l'intérêt.

### Cancer de l'endomètre

Des preuves indiquent que l'œstrogénothérapie substitutive non compensée augmente le risque de cancer de l'endomètre<sup>29</sup>. Toutefois, il a été démontré que l'ajout de progestatifs ou de progestérone à l'œstrogénothérapie substitutive réduit de façon importante le risque de cancer et d'hyperplasie de l'endomètre, bien qu'aucun traitement hormonal ne soit complètement sans danger<sup>30</sup>.

L'hormonothérapie n'était généralement pas offerte aux femmes ayant été traitées pour le cancer de l'endomètre, car on croyait que ce traitement augmentait le risque de récurrence. Cette croyance n'a toutefois jamais été confirmée. La SOGC recommande aux femmes ayant eu un cancer de l'endomètre de stade précoce (stade 1) et de faible grade (grade 1 ou 2) d'utiliser l'hormonothérapie pour soulager les symptômes vasomoteurs graves<sup>31</sup>.

### Cancer du sein

La publication récente d'études importantes, dont la *Women's Health Initiative* (WHI)<sup>32</sup>, a alimenté le débat sur l'hormonothérapie et son impact sur le risque de cancer du sein. Selon les résultats de la WHI, le risque de cancer du sein augmente légèrement après cinq ans d'hormonothérapie. Toutefois, le risque usuel de cancer du sein n'augmente pas de façon importante : de 0,1 à 0,2 sur 10 000 femmes. Pour bien évaluer les résultats de la WHI, il faut garder en tête que les participantes avaient de 50 à 79 ans et que la moyenne était de 63,2 ans<sup>33</sup>. Cette moyenne est importante, étant donné que l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge (le cancer du sein est plus fréquent après 60 ans).

De plus, les résultats de la WHI sur l'œstrogénothérapie (un sous-groupe de femmes ayant subi une hystérectomie et qui, par conséquent, ne pouvaient prendre que des œstrogènes) n'ont démontré aucune augmentation du risque de cancer du sein<sup>34</sup>. En fait, ils indiquaient plutôt une diminution du risque.

Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge pour toutes les femmes. Une femme qui vit jusqu'à 85 ans a une chance sur neuf de développer un cancer du sein. La plupart des cancers du sein se déclarent après l'âge de 60 ans et le taux de décès des suites de ce cancer est en baisse au Canada<sup>35</sup>.

**L'augmentation du risque de cancer du sein après cinq ans de traitement combiné aux œstrogènes et à la progestérone est semblable en importance à l'augmentation associée à d'autres facteurs, dont les grossesses peu nombreuses, l'allaitement naturel limité, l'obésité après la ménopause, l'abus d'alcool, le tabagisme et le manque d'exercice physique. – Rapport de consensus sur la ménopause 2006 de la SOGC**

Le fait que deux membres de la famille immédiate aient souffert du cancer du sein constitue le plus grand facteur de risque de ce type de cancer, après le sexe et le vieillissement. D'autres facteurs de risque peuvent contribuer au développement d'un cancer : un surplus de poids de 20 pour cent, un premier accouchement à l'âge de 30 ans ou plus, une consommation de deux verres d'alcool par jour et le manque d'exercice régulier. L'hormonothérapie à long terme présente le même risque, en importance, que ce groupe de facteurs.



### Facteurs de risque de cancer du sein<sup>36</sup>

Facteur	Cancers du sein usuels* sur 1 000 femmes	Cancers du sein additionnels sur 1 000 femmes	Nombre total de cancers du sein sur 1 000 femmes
Aucune hormonothérapie (risque usuel)	45	0	45
Cinq ans d'hormonothérapie	45	2	47
Dix ans d'hormonothérapie	45	6	51
Quinze ans d'hormonothérapie	45	12	57
Consommation d'alcool (deux verres par jour)	45	27	72
Manque d'exercice régulier (moins de quatre heures par semaine)	45	27	72
Ménopause tardive (retard de 10 ans)	45	13	58
Indice de masse corporelle (augmentation de 10)	45	14	59
Prise de poids après la ménopause (20 kg ou plus)	45	45	90

\* Le risque usuel, ou normal, touche toutes les femmes et relève de facteurs ne pouvant être maîtrisés (p. ex. le vieillissement ou le sexe)

D'autre part, une étude publiée dans le *British Medical Journal* en août 2005 indique que le risque de cancer du sein des femmes sous hormonothérapie serait encore plus faible que l'on croyait. Les résultats démontrés par cette étude pourraient aider les médecins à mieux évaluer les avantages et les risques de ce traitement pour chacune de leurs patientes<sup>37</sup>.



## Section 4 : Cancer

### Risque cumulé absolu et risque additionnel de cancer du sein lié à la durée d'un traitement hormonal de substitution.

Âge lors du calcul (ans)	Plage d'âge (ans)	Risque sans traitement hormonal de substitution		Risque additionnel (%) avec traitement combiné*				Risque additionnel (%) avec emploi d'estrogènes seuls (années d'utilisation)			
		Ratio **	%	3 ans	5 ans	10 ans	15 ans	3 ans	5 ans	10 ans	15 ans
40	40-79	1 sur 14	7,21	0,18	0,38	1,18	2,22	0,05	0,12	0,34	0,64
45	45-79	1 sur 15	6,76	0,26	0,52	1,45	2,54	0,07	0,15	0,41	0,73
50	50-79	1 sur 16	6,10	0,31	0,60	1,59	2,82	0,09	0,18	0,45	0,81
55	55-79	1 sur 19	5,30	0,33	0,64	1,76	3,17	0,09	0,19	0,50	0,91
60	60-79	1 sur 23	4,44	0,37	0,73	2,01	3,51	0,10	0,21	0,57	1,00
65	65-79	1 sur 29	3,48	0,42	0,84	2,19	3,27	0,12	0,25	0,62	0,91
70	70-79	1 sur 42	2,37	0,47	0,88	1,64	–	0,13	0,25	0,50	–
75	75-79	1 sur 88	1,14	0,43	0,58	–	–	0,12	0,14	–	–

\* Pour estimer le risque cumulé absolu de cancer du sein d'une femme d'un âge donné jusqu'à 79 ans, on ajoute le risque additionnel lié à une formule et à une durée d'utilisation précises au risque de base de cancer sans traitement hormonal.

\*\* Le ratio correspond à la réciproque du risque cumulé absolu (%) du cancer du sein chez les femmes n'ayant recours à aucun traitement.

### Autres cancers

L'hormonothérapie combinée est associée à une diminution du risque de cancer colorectal et possiblement à une légère augmentation du risque de cancer de l'ovaire. Toutefois, ces effets sont très rares et ne devraient pas influencer la décision d'avoir recours à ce traitement pour réduire les symptômes vasomoteurs graves. Trop peu de données sont accessibles pour établir quelque relation que ce soit entre l'hormonothérapie et les cancers du col de l'utérus, du vagin ou de la vulve<sup>38</sup>.

### Le Rapport de consensus sur la ménopause 2006 fait les recommandations suivantes en ce qui concerne le cancer :

1. Tous les saignements utérins imprévus devraient faire l'objet d'une exploration puisqu'aucun schéma œstrogènes-progestatif n'offre une protection totale contre le carcinome endométrial.
2. Un traitement œstrogènes-progestatif peut être offert aux femmes présentant un adénocarcinome endométrial de bas grade histologique et dont les symptômes ménopausiques vont de modérés à graves.
3. Le recours systématique à une cothérapie au progestatif n'est pas requis, aux fins de la protection endométriale, chez les femmes qui bénéficient d'une œstrogénothérapie par voie vaginale selon une dose appropriée.
4. Les fournisseurs de soins de santé devraient périodiquement réévaluer les risques et les avantages de la prescription d'une HT à leurs patientes ménopausées, compte tenu de l'association entre la durée d'utilisation et le risque de cancer du sein.
5. Les fournisseurs de soins de santé peuvent (moyennant l'offre d'une surveillance et de services de counseling appropriés) prescrire une HT, aux fins de l'atténuation des symptômes ménopausiques, à leurs patientes qui courent un risque accru de cancer du sein.
6. Les fournisseurs de soins de santé devraient clairement faire part, aux femmes qui souhaitent la prise en charge de leurs symptômes pénibles, de l'incertitude qui entoure les risques associés à l'HT à la suite d'un diagnostic de cancer du sein.



## Section 5 : Traitement de l'ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie des os qui se caractérise par la raréfaction de la masse osseuse et la détérioration des tissus osseux, ce qui fragilise les os et les rend plus vulnérables aux fractures<sup>39</sup>. Dans 80 pour cent des cas, l'ostéoporose est due à la ménopause et à l'âge<sup>40</sup>. Toutes les femmes ménopausées devraient se faire examiner pour l'ostéoporose. Cet examen peut combiner antécédents médicaux, examen physique et tests diagnostiques sélectionnés.

La plupart des gens atteignent le pic de leur masse osseuse vers l'âge de 20 ans. La densité osseuse commence à chuter vers l'âge de 35 ans et les tissus osseux se raréfient avec le temps. Chez la femme, cette raréfaction s'accélère après la ménopause parce que les œstrogènes, qui aident à ralentir la perte osseuse, diminuent.

La masse osseuse des femmes peut diminuer de trois à cinq pour cent chaque année pendant une moyenne de 10 ans après la ménopause. Les femmes peuvent perdre jusqu'à 30 pour cent de leur masse osseuse au cours des années suivant la ménopause, ce qui entraîne l'ostéoporose postménopausique (les os sont faibles et fragiles). Les os faibles sont plus vulnérables aux fractures, surtout aux hanches, aux poignets et à la colonne vertébrale, ce qui peut causer un handicap, des douleurs, une difformité et même le décès.

L'ostéoporose représente un problème de santé majeur. En effet, environ deux millions de Canadiennes en souffrent<sup>41</sup>. Malheureusement, beaucoup d'entre elles ne remarqueront aucun signe ou symptôme de perte de masse osseuse jusqu'à ce qu'elles subissent une fracture; d'où le surnom de cette maladie : le « voleur silencieux ».

### Facteurs de risque de l'ostéoporose

#### Facteurs personnels

- Sexe féminin
- Âge avancé
- Ménopause
- Ménopause précoce (avant 40 ans), naturelle ou chirurgicale
- Antécédents familiaux d'ostéoporose, en particulier de fractures ostéoporotiques
- Race blanche ou asiatique
- Mince avec de petits os
- Antécédents de règles irrégulières, d'aménorrhée ou de trouble alimentaire

#### Mode de vie

- Manque d'exercice
- Faible apport calcique tout au long de la vie
- Faible apport en vitamine D
- Tabagisme
- Consommation de caféine (plus de trois tasses de café par jour)
- Consommation d'alcool (habituellement plus de deux verres par jour)

#### Consommation de médicaments

- Corticostéroïdes
- Médicaments antiépileptiques
- Médicaments antithyroïdiens à forte dose



## Section 5 : Traitement de l'ostéoporose

### *Hormonothérapie et ostéoporose*

Même si le fait de faire de l'exercice et de manger sainement tout au long de sa vie aide à augmenter sa densité osseuse, il ne suffit pas de modifier son style de vie pour prévenir l'ostéoporose.

Les œstrogènes peuvent contribuer à ralentir la perte osseuse qui cause l'ostéoporose. En effet, selon certaines études, les œstrogènes produisent cet effet bénéfique sur 90 pour cent des femmes, peu importe leur âge. Si une patiente souffre d'ostéoporose, la prise d'œstrogènes peut stabiliser, voire améliorer sa densité osseuse. Malgré l'efficacité de l'hormonothérapie dans la prévention de l'ostéoporose postménopausique, il s'agit rarement du premier traitement administré pour prévenir ou traiter l'ostéoporose. L'hormonothérapie procure plutôt un avantage secondaire en renforçant la masse osseuse lorsque prise à court terme pour calmer les symptômes de la ménopause. Une fois les symptômes graves de la ménopause traités, d'autres traitements non hormonaux peuvent être envisagés pour prévenir ou traiter l'ostéoporose<sup>42</sup>.

La *Women's Health Initiative*, une étude clinique sur échantillon aléatoire, a démontré l'efficacité de l'hormonothérapie prise après la ménopause dans la prévention des fractures aux hanches, à la colonne vertébrale et ailleurs<sup>43</sup>.

### *Recommandations concernant l'ostéoporose*

Les directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé sur le diagnostic et la prise en charge clinique de l'ostéoporose postménopausique ont été élaborées par un comité distinct :

#### **Auteurs**

- Jacques P. Brown, MD, FRCPC, Québec (Québec)
- Michel Fortier, MD, FRCSC, Québec (Québec)

#### **Membres du comité**

- Heather Frame, MD, CMFC, Winnipeg (Man.)
- Alexandra Papaioannou, MD, FRCPC, Hamilton (Ont.)
- Chui Kin Yuen, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

### **Les recommandations suivantes sur l'ostéoporose et la ménopause sont tirées de la Conférence canadienne de consensus sur l'ostéoporose :**

1. L'évaluation de l'ostéoporose chez les femmes postménopausées doit comprendre l'évaluation des facteurs de risque cliniques en ce qui a trait à la faiblesse de la densité minérale osseuse (DMO) et à l'ostéodensitométrie.
2. Les femmes postménopausées présentant une perte de taille documentée de plus de six cm, une perte de taille possible de plus de deux cm, une cyphose ou un syndrome de douleur dorsale invalidante aiguë devraient faire l'objet d'un radiogramme de la colonne vertébrale en vue d'éliminer la possibilité de fractures vertébrales.
3. L'hormonothérapie doit être offerte aux femmes présentant des symptômes postménopausiques comme étant le traitement le plus efficace en ce qui a trait au soulagement des symptômes, de même qu'une option raisonnable pour la prévention de la perte osseuse et des fractures. Il faut toutefois bien peser les risques par rapport aux bienfaits si l'œstrogénothérapie est utilisée uniquement pour la prévention des fractures.



Voici la liste des principales recommandations tirées du Rapport de consensus sur la ménopause 2006, classées par chapitre.

### I. Recommandations générales

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient discuter avec leurs patientes en ménopause des choix de vie santé et en favoriser la mise en œuvre.
2. La principale indication du recours à l'hormonothérapie (HT) devrait être la prise en charge des symptômes ménopausiques allant de modérés à graves.
3. L'HT ne devrait pas être prescrite aux fins de la prévention primaire ou secondaire de la maladie cardiovasculaire ou de la prévention primaire de la démence.
4. L'œstrogénothérapie (OT) à administration locale est recommandée lorsqu'une HT est prescrite aux seules fins de la maîtrise des symptômes vulvovaginaux.
5. Les fournisseurs de soins de santé devraient prescrire l'HT pour une durée appropriée permettant l'atteinte des objectifs de traitement, tout en tenant compte des avantages et des risques, ainsi que de la qualité de vie de la patiente.
6. L'HT devrait être prescrite selon la plus faible dose efficace, et ce, bien qu'il n'ait pas été démontré que le rapport « risque à long terme / bienfaits » de l'HT à faible dose s'avérait avantageux.
7. La principale indication du recours à un progestatif devrait être la protection endométriale chez les femmes faisant appel à une œstrogénothérapie par voie générale et dont l'utérus est intact.
8. L'HT peut être prescrite pour une période prolongée, à la suite de l'offre de services de counseling appropriés, lorsque la patiente estime que les avantages l'emportent sur les risques. Une réévaluation périodique est fortement recommandée.
9. À la suite d'une évaluation exhaustive, de l'essai d'une œstrogénothérapie par voie générale et de l'offre de services de counseling appropriés, le recours à l'androgénothérapie peut être envisagé pour certaines femmes présentant des troubles acquis de la libido. L'androgénothérapie constitue toujours un traitement expérimental et nous ne disposons pas de données suffisantes sur son innocuité à long terme.
10. Les fournisseurs de soins de santé peuvent offrir à leurs patientes des soins de médecine parallèle dont l'efficacité a été démontrée en ce qui concerne les symptômes ménopausiques légers.

### II. Recommandations particulières

#### Ménopause et préoccupations liées à l'âge (Chapitre 2)

1. L'apport de modifications au mode de vie (y compris la diminution de la température profonde du corps, la pratique régulière d'exercices, la maîtrise du poids, l'abandon du tabagisme et la maîtrise de la respiration) peut être recommandé aux fins de l'atténuation des symptômes vasomoteurs légers.
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient présenter l'HT (OT / traitement œstrogènes-progestatif) comme étant le traitement le plus efficace pour la prise en charge médicale des symptômes ménopausiques.
3. Les progestatifs seuls ou les contraceptifs oraux à faible dose peuvent être offerts à titre de solutions de rechange pour le soulagement des symptômes ménopausiques, particulièrement au cours de la phase de transition.
4. Les traitements d'ordonnance non hormonaux (y compris les antidépresseurs, le gabapentine, la clonidine et le bellergal) peuvent être prescrits à titre de solutions de rechange pour l'atténuation des symptômes vasomoteurs.
5. Les agents de médecine parallèle (y compris l'actée en grappes, les isoflavones dérivées du trèfle rouge et la vitamine E) peuvent être recommandés pour l'atténuation des symptômes vasomoteurs légers. Nous ne disposons toujours pas de données suffisantes sur leur innocuité et leur efficacité à long terme.
6. Tout saignement imprévu survenant après 12 mois d'aménorrhée est considéré comme un saignement postménopausique et devrait faire l'objet d'une exploration.
7. Lorsque l'on prescrit une HT à des femmes postménopausées âgées, le recours à une OT à dose faible ou ultra-faible devrait être privilégié.



### II. Recommandations particulières (suite)

#### Préoccupations d'ordre urogénital (Chapitre 3)

1. La crème d'œstrogènes conjugués (OC), un anneau intravaginal à libération prolongée d'estradiol ou des comprimés vaginaux d'estradiol sont recommandés à titre de traitement efficace pour contrer l'atrophie vulvovaginale.
2. Le recours systématique à une cothérapie au progestatif n'est pas requis, aux fins de la protection endométriale, chez les femmes qui bénéficient d'une œstrogénothérapie par voie vaginale selon une dose appropriée.
3. Le recours à des lubrifiants vaginaux peut être recommandé aux fins de l'atténuation subjective des symptômes de dyspareunie.
4. Les fournisseurs de soins de santé peuvent présenter le gel polycarbophile (un hydratant vaginal) comme étant un traitement efficace contre les symptômes de l'atrophie vulvovaginale, dont la sécheresse et la dyspareunie.
5. Le recours à des options de traitement chirurgicales efficaces (dont la colposuspension de Burch et l'intervention par TVT) est recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort.
6. Le recours à des options de traitement non chirurgicales efficaces (dont la perte de poids [chez les femmes obèses], la physiothérapie visant le plancher pelvien avec ou sans rétroaction biologique, les cônes vaginaux lestés, la stimulation électrique fonctionnelle et/ou les pessaires intravaginaux) peut être recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort.
7. La modification du mode de vie, le recours à des exercices vésicaux et le traitement aux agents antimuscariniques sont recommandés pour la prise en charge de l'incontinence urinaire par impériosité.
8. Le recours à l'OT ne devrait pas être recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire postménopausique par impériosité ou à l'effort.
9. Le recours à l'œstrogénothérapie par voie vaginale peut être recommandé pour la prévention des infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes postménopausées.

#### Préoccupations d'ordre sexuel (Chapitre 4)

1. La tenue d'une évaluation biopsychosexuelle visant de préférence les deux partenaires (lorsque cela s'avère approprié) et cherchant à cerner les facteurs intrapersonnels, contextuels, interpersonnels et biologiques en cause est recommandée avant que la prise en charge des problèmes d'ordre sexuel d'une patiente ne soit mise en oeuvre.
2. Pour les femmes présentant une atrophie vaginale, l'administration locale d'œstrogènes devrait être prescrite aux fins de l'atténuation de la dyspareunie associée à l'atrophie vulvovaginale.
3. L'évaluation systématique des taux d'hormones sexuelles chez les femmes postménopausées présentant des problèmes d'ordre sexuel n'est pas recommandée. Les essais biologiques visant les androgènes qui sont disponibles ne reflètent pas l'activité androgénique totale et ne peuvent être mis en corrélation avec la fonction sexuelle.
4. Tout traitement expérimental à la testostérone faisant partie de la prise en charge de certaines femmes sélectionnées qui présentent un trouble acquis de la libido, habituellement associé à un trouble de l'excitation, ne devrait être mis en œuvre que par des cliniciens expérimentés dans le domaine du dysfonctionnement sexuel de la femme, ainsi qu'à la suite de l'obtention du consentement éclairé de la patiente en question. La nature expérimentale du traitement, le manque de données sur l'innocuité à long terme et la nécessité d'avoir recours à une œstrogénothérapie par voie générale et à un suivi étroit doivent être expliqués à la patiente.



## II. Recommandations particulières (suite)

### Humeur et mémoire (Chapitre 5)

1. Des œstrogènes seuls peuvent être offerts à titre de traitement efficace contre les troubles dépressifs chez les femmes périménopausées; il est possible qu'ils augmentent la réaction clinique aux antidépresseurs, particulièrement les ISRS. Le recours aux antidépresseurs est toutefois soutenu par un plus grand nombre de données expérimentales.
2. Les œstrogènes peuvent être prescrits pour l'amélioration de l'humeur chez les femmes qui présentent des symptômes dépressifs. Cet effet semble être plus prononcé chez les femmes symptomatiques périménopausées que chez leurs homologues postménopausées.
3. Le recours à l'œstrogénothérapie n'est pas actuellement recommandé pour entraîner la réduction du risque de voir apparaître la démence chez les femmes postménopausées; il n'est pas non plus recommandé pour différer l'évolution ou la détérioration de la maladie d'Alzheimer chez les femmes qui en sont atteintes.

### Considérations médicales particulières (Chapitre 8)

1. L'HT devrait être offerte aux femmes présentant une insuffisance ovarienne prématurée (IOP) ou une ménopause hâtive; de plus, son utilisation peut être recommandée jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle.
2. Le recours à l'OT peut être offert, pour la prise en charge de l'endométriose, aux femmes qui connaissent une ménopause d'origine chirurgicale.
3. Les femmes ménopausées qui subissent une chirurgie pelvienne devraient se voir administrer une prophylaxie thromboembolique appropriée.
4. Les fournisseurs de soins de santé peuvent prescrire une HT à des femmes diabétiques pour le soulagement des symptômes ménopausiques.

### Maladie cardiovasculaire (Chapitre 9)

1. Les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas lancer ni poursuivre une HT aux seules fins de la prévention de la maladie cardiovasculaire (coronaropathie et accident vasculaire cérébral).
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient s'abstenir de prescrire une HT aux femmes qui courent des risques élevés de maladie thromboembolique veineuse.
3. Les fournisseurs de soins de santé devraient envisager d'autres thérapies et interventions factuelles pour favoriser la réduction efficace du risque de maladie cardiovasculaire chez les femmes, que celles-ci présentent ou non une maladie vasculaire.

### Cancer (Chapitre 10)

1. Tous les saignements utérins imprévus devraient faire l'objet d'une exploration, puisqu'aucun schéma œstrogènes-progestatif n'offre une protection totale contre le carcinome endométrial.
2. Un traitement œstrogènes-progestatif peut être offert aux femmes présentant un adénocarcinome endométrial de bas grade histologique et dont les symptômes ménopausiques vont de modérés à graves.
3. Les fournisseurs de soins de santé devraient périodiquement réévaluer les risques et les avantages de la prescription d'une HT à leurs patientes ménopausées, compte tenu de l'association entre la durée d'utilisation et le risque de cancer du sein.
4. Les fournisseurs de soins de santé peuvent (moyennant l'offre d'une surveillance et de services de counseling appropriés) prescrire une HT, aux fins de l'atténuation des symptômes ménopausiques, à leurs patientes qui courent un risque accru de cancer du sein (dans le cadre de l'étude *Women's Health Initiative* [WHI], les femmes présentant des scores Gael élevés ne couraient pas plus de risques de cancer du sein que les femmes présentant des scores de risque faibles).
5. Les fournisseurs de soins de santé devraient clairement faire part aux femmes qui souhaitent la prise en charge de leurs symptômes pénibles de l'incertitude qui entoure les risques associés à l'HT à la suite d'un diagnostic de cancer du sein.



L'hormonothérapie est utilisée pour soulager les symptômes associés à la ménopause en se suppléant aux hormones que les ovaires cessent de produire, principalement les œstrogènes<sup>44</sup>. Ce type de traitement peut comprendre des œstrogènes seulement (œstrogénothérapie) ou des œstrogènes et des progestatifs (traitement aux œstrogènes et aux progestatifs), selon l'état et les besoins de chaque femme.

Les femmes ayant subi une hystérectomie et qui, par conséquent, n'ont plus d'utérus ont recours à l'œstrogénothérapie seulement<sup>45</sup>. Les femmes dont l'utérus est intact n'ont pas nécessairement besoin d'un traitement aux progestatifs. Toutefois, l'ajout de progestatifs aide à protéger l'utérus d'un éventuel cancer de l'endomètre.

Les effets secondaires associés aux œstrogènes, qui comprennent la sensibilité des seins, les nausées, les maux de tête et les ballonnements, touchent de 5 à 10 pour cent des femmes. Ils sont souvent dus à la dose administrée et peuvent donc s'atténuer avec l'utilisation continue, la diminution de la dose ou le remplacement par un autre traitement.

L'œstrogénothérapie ne devrait pas être prescrite aux femmes présentant les troubles suivants :

- Saignements vaginaux inexpliqués
- Maladie grave du foie
- Maladie thromboembolique grave
- Cancer du sein diagnostiqué ou présumé
- La prudence est également de mise avec les patientes ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires et d'hypertriglycémie (excès de triglycérides dans le sang)<sup>46</sup>.

Les effets secondaires des progestatifs, qui comprennent la modification de l'humeur, la sensibilité des seins et les ballonnements, s'atténuent souvent par le remplacement d'un traitement aux progestatifs par un autre<sup>47</sup>.

Voici quelques contre-indications à l'utilisation de progestatifs :

- Cancer du sein diagnostiqué ou présumé
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Grossesse.



### Durée de l'hormonothérapie

L'hormonothérapie à court terme peut soulager de nombreux symptômes de la ménopause. Toutefois, dans certains cas, ce type de traitement peut être prescrit à long terme s'il est réévalué chaque année par le médecin et la patiente. Les fournisseurs de soins de santé devraient expliquer à chacune de leurs patientes les risques et les avantages potentiels associés à chaque traitement envisagé<sup>48</sup>.

La SOGC fait les recommandations suivantes<sup>49</sup> :

- *L'hormonothérapie substitutive à court terme (jusqu'à cinq ans d'utilisation) représente une solution efficace et sans danger pour le traitement des symptômes de la ménopause modérés ou graves, tels que les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les sautes d'humeur, l'insomnie, les problèmes de concentration et la sécheresse vaginale. De plus, l'hormonothérapie offre l'avantage secondaire de protéger de l'ostéoporose et du cancer du colon.*
- *N'oubliez pas de réévaluer votre état de santé si vous avez actuellement recours à l'hormonothérapie, surtout si cela fait plus de cinq ans. Consultez votre médecin chaque année afin de revoir la posologie de votre traitement, les raisons pour lesquelles vous suivez ce traitement ainsi que les risques et les avantages de ce dernier. Si vous décidez d'arrêter l'hormonothérapie, votre médecin vous indiquera comment le faire de façon sécuritaire.*
- *L'hormonothérapie peut également être prescrite à long terme selon vos besoins et votre état. Cependant, vous devez consulter votre médecin chaque année pour évaluer les risques et les avantages du traitement.*

En 2004, dans un énoncé de position, *The North American Menopause Society (NAMS)* faisait la recommandation suivante sur la durée du traitement, en fonction d'études et d'analyses des résultats publiés<sup>50</sup> :

- *Le groupe d'experts a conclu qu'un principe directeur sur la durée du traitement devrait recommander la plus faible dose efficace et la durée appropriée pour l'atteinte des objectifs. Le groupe a reconnu que les symptômes peuvent revenir après l'arrêt du traitement, peu importe l'âge et la durée du traitement aux œstrogènes et aux progestatifs ou de l'œstrogénothérapie, et a établi que la décision de poursuivre l'hormonothérapie dépend de chacune des patientes et doit être prise en fonction des éléments suivants :*
  - *la gravité des symptômes*
  - *le rapport risques-avantages actuel*
  - *la patiente, avec l'accord de son médecin, juge bénéfique de continuer le traitement.*
- *L'utilisation à long terme de la plus faible dose efficace pour l'atteinte des objectifs du traitement aux œstrogènes et aux progestatifs ou de l'œstrogénothérapie est acceptable dans les cas suivants, sous surveillance clinique et si la patiente est bien consciente des avantages et des risques potentiels du traitement :*
  - *Les femmes qui jugent que, pour elles, les avantages du traitement des symptômes de la ménopause l'emportent sur les risques, en particulier si les symptômes sont revenus après la cessation du traitement.*
  - *Les femmes dont le risque de fracture ostéoporotique est élevé et qui souffrent de symptômes de la ménopause modérés ou graves.*
  - *Pour prévenir la perte osseuse chez les femmes dont la masse osseuse est réduite lorsque les autres traitements ne sont pas appropriés ou entraînent des effets secondaires, ou que les effets de l'utilisation à long terme des autres traitements sont inconnus.*



### Hormonothérapie générale et locale

Il existe deux catégories d'hormonothérapie : l'hormonothérapie **générale**, administrée sous forme de comprimé, de gel ou de timbre, qui rétablit le taux d'œstrogènes dans l'ensemble de l'organisme, et l'hormonothérapie **locale**, administrée dans le vagin sous forme d'anneau, de comprimé ou de crème à base d'œstrogènes, qui rétablit le taux d'œstrogènes dans la région vaginale.

L'hormonothérapie **générale** soulage efficacement de nombreux symptômes, notamment les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les sautes d'humeur, l'irritabilité, l'insomnie, les palpitations, les douleurs articulaires, la sécheresse et l'inconfort vaginal, de même que la fréquence mictionnelle accrue. Même si les bouffées de chaleur peuvent diminuer en l'espace d'un mois seulement, il faut habituellement compter de trois à six mois pour que le traitement devienne vraiment efficace. L'hormonothérapie générale ne convient pas à toutes les femmes et, pour certaines, ne calme pas efficacement les symptômes vaginaux.

Si les symptômes vaginaux persistent, l'hormonothérapie locale peut s'avérer la meilleure solution. L'administration locale d'œstrogènes fait augmenter le taux d'œstrogènes local sans avoir de répercussions sur le reste de l'organisme. Il n'est généralement pas nécessaire d'ajouter des progestatifs à ce type de traitement, car les doses utilisées à court terme ne touchent pas l'endomètre. L'hormonothérapie locale peut aussi convenir aux femmes qui ne peuvent avoir recours à l'œstrogénotherapie générale ou qui y sont intolérantes.

L'hormonothérapie **locale** contribue également à prévenir les infections urinaires, qui constituent un symptôme urogénital fréquent chez les femmes ménopausées. Selon une étude sur échantillon aléatoire à double insu menée par Raz et Stamm, l'incidence des infections urinaires récurrentes chez les femmes ménopausées traitées au moyen d'œstrogènes intravaginaux a chuté à 0,5 infection par patiente, par année, par rapport à 5,9 infections par patiente, par année chez les femmes traitées au placebo<sup>51</sup>.



**Le Rapport de consensus sur la ménopause 2006 fait les recommandations suivantes en ce qui concerne l'hormonothérapie : (Ces recommandations figurent également à la fin des sections.)**

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient présenter l'hormonothérapie (HT) (OT / traitement œstrogènes-progestatif) comme étant le traitement le plus efficace pour la prise en charge médicale des symptômes ménopausiques.
2. La principale indication du recours à l'hormonothérapie (HT) devrait être la prise en charge des symptômes ménopausiques allant de modérés à graves.
3. L'HT devrait être prescrite selon la plus faible dose efficace, et ce, bien qu'il n'ait pas été démontré que le rapport « risque à long terme / bienfaits » de l'HT à faible dose s'avérait avantageux.
4. Les fournisseurs de soins de santé devraient prescrire l'HT pour une durée appropriée permettant l'atteinte des objectifs de traitement, tout en tenant compte des avantages et des risques, ainsi que de la qualité de vie de la patiente.
5. L'HT peut être prescrite pour une période prolongée, à la suite de l'offre de services de counseling appropriés, lorsque la patiente estime que les avantages l'emportent sur les risques. Une réévaluation périodique est fortement recommandée.
6. Les progestatifs seuls ou les contraceptifs oraux à faible dose peuvent être offerts à titre de solutions de rechange pour le soulagement des symptômes ménopausiques, particulièrement au cours de la phase de transition.
7. La crème d'œstrogènes conjugués (OC), un anneau intravaginal à libération prolongée d'estradiol ou des comprimés vaginaux d'estradiol sont recommandés à titre de traitement efficace pour contrer l'atrophie vulvovaginale.
8. Le recours à l'OT ne devrait pas être recommandé pour la prise en charge de l'incontinence urinaire postménopausique par impériosité ou à l'effort.
9. Le recours à l'œstrogénothérapie par voie vaginale peut être recommandé pour la prévention des infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes postménopausées.
10. L'œstrogénothérapie (OT) à administration locale est recommandée lorsqu'une HT est prescrite aux seules fins de la maîtrise des symptômes vulvovaginaux.
11. Pour les femmes présentant une atrophie vaginale, l'administration locale d'œstrogènes devrait être prescrite aux fins de l'atténuation de la dyspareunie associée à l'atrophie vulvovaginale.
12. Un traitement œstrogènes-progestatif peut être offert aux femmes présentant un adénocarcinome endométrial de bas grade histologique et dont les symptômes ménopausiques vont de modérés à graves.
13. Le recours systématique à une cothérapie au progestatif n'est pas requis, aux fins de la protection endométriale, chez les femmes qui bénéficient d'une œstrogénothérapie par voie vaginale selon une dose appropriée.
14. Les fournisseurs de soins de santé devraient périodiquement réévaluer les risques et les avantages de la prescription d'une HT à leurs patientes ménopausées, compte tenu de l'association entre la durée d'utilisation et le risque de cancer du sein.
15. Les fournisseurs de soins de santé peuvent (moyennant l'offre d'une surveillance et de services de counseling appropriés) prescrire une HT, aux fins de l'atténuation des symptômes ménopausiques, à leurs patientes qui courent un risque accru de cancer du sein.
16. Les fournisseurs de soins de santé devraient clairement faire part, aux femmes qui souhaitent la prise en charge de leurs symptômes pénibles, de l'incertitude qui entoure les risques associés à l'HT à la suite d'un diagnostic de cancer du sein.
17. L'hormonothérapie doit être offerte aux femmes présentant des symptômes postménopausiques comme étant le traitement le plus efficace en ce qui a trait au soulagement des symptômes, de même qu'une option raisonnable pour la prévention de la perte osseuse et des fractures. Il faut toutefois bien peser les risques par rapport aux bienfaits si l'œstrogénothérapie est utilisée uniquement pour la prévention des fractures.



### Références

- 1 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Hormone Replacement Therapy – *Your Questions Answered* (en ligne). Consulté et sauvegardé le 13 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/tearDownMyth/page4\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/tearDownMyth/page4_e.shtml)>.
- 2 The North American Menopause Society. Consulté et sauvegardé le 13 août 2005. Internet : <[www.menopause.org/aboutmeno/04A.pdf](http://www.menopause.org/aboutmeno/04A.pdf)>.
- 3 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté et sauvegardé le 13 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p4\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p4_e.shtml)>.
- 4 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté et sauvegardé le 13 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p1\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p1_e.shtml)>.
- 5 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol.28, n° 2, février 2006, supplément.
- 6 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 7 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 8 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 9 S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu, et coll. (chercheurs de l'étude INTERHEART), « Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study », *The Lancet*, vol. 364, n° 9438, 2004, p. 937 952.
- 10 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 11 J. W. Rich-Edwards, M. J. Stampfer, J. E. Manson, et coll., « Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood », *Epidemiology*, vol. 15, n° 5, 2004, p. 556.
- 12 J. Steinberger et S. R. Daniels, American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young); American Heart Association Diabetes Committee (Council on Nutrition, Physical Activity, and metabolism), « Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children: an American Heart Association scientific statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young) and the Diabetes Committee (Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism) », *Circulation*, vol. 107, n° 10, 2003, p. 1448 1453.
- 13 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 14 Santé Canada, The Canada Food Guide (en ligne), Ottawa, Santé Canada (2001). Consulté et sauvegardé le 26 janvier 2006. Internet : <[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_e.html)>. (Tiré de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Canadian Consensus Conference on Menopause and Osteoporosis » (mise à jour de 2002), *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 24, n° 10, 2002.).
- 15 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *What You Can Do to Protect Your Bones*. (en ligne) Consulté et sauvegardé le 14 août 2005. Internet : <[www.sogc.org/pub\\_ed/menop/english/Osteoporosis/p6\\_e.shtml](http://www.sogc.org/pub_ed/menop/english/Osteoporosis/p6_e.shtml)>.
- 16 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour de 2002). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 24, n° 10, 2002.
- 17 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour de 2002). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 24, n° 10, 2002.
- 18 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 19 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté et sauvegardé le 13 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p3\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p3_e.shtml)>.
- 20 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.



- 21 BS. Belisle, M. R. Fluker et le comité d'écriture de la Conférence de consensus, « Canadian Consensus Conference on Menopause and Osteoporosis », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, n° 20, 1998, p. 1243 1272 (partie I) et n° 21, 1998, p. 37 70 (partie II).
- 22 M. Fluker, « HRT in older women: Is it ever too late? », *BC Medical Journal*, vol. 43, no 9, novembre 2001, p. 517-520.
- 23 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 24 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 25 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 26 L. Pandit et J. G. Ouslander, « Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis », *The American Journal of The Medical Sciences*, vol. 314, n° 4, 1997, p. 228 231.
- 27 S. L. Johnston, S. A. Farrell, C. Bouchard et coll., Directives cliniques de la SOGC, « The Detection and Management of Vaginal Atrophy », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, n° 26, 2004, p. 503 508.
- 28 P. S. Eriksen et H. Rasmussen, « Low dose 17 beta-estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a double-blind placebo controlled study », *the European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 44, n° 2, 1992, p. 137 144.
- 29 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 30 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 31 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006) *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 32 Groupe de recherche de la Women's Health Initiative, « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 3, 2002, p. 321 333.
- 33 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté et sauvegardé le 27 mai 2005. Internet : <[http://www.sogc.org/pub\\_ed/hrt/index\\_e.shtml](http://www.sogc.org/pub_ed/hrt/index_e.shtml)>.
- 34 NIH News, *WHI Study Finds No Heart Disease Benefit, Increased Stroke Risk With Estrogen Alone*. Consulté et sauvegardé le 7 novembre 2005. Internet : <<http://www.nih.gov/news/pr/apr2004/nhlbi-13.htm>>.
- 35 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté le 14 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p4\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p4_e.shtml)>.
- 36 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté le 14 août 2005. Internet : <[http://sogc.medical.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p4\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p4_e.shtml)>.
- 37 N. J. Coombs et coll., « Hormone replacement therapy and breast cancer: estimate of risk », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7512, 2005, p. 347 349.
- 38 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour 2006). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 28, n° 2, février 2006, supplément.
- 39 « Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis », *The American Journal of Medicine*, vol. 94, n° 6 (1993), p. 646 650. (aucun auteur identifié)
- 40 Barrett-Connor, « The economic and human cost of osteoporotic fracture », *The American Journal of Medicine*, vol. 98, n° 24, 1995, p. 24-35.
- 41 R. O. B. Goeree, D. B. Pettitt, L. Cuddy, M. Ferraz et J. Adachi, « An assessment of the burden of illness due to osteoporosis in Canada », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 1996, p. 15 24.
- 42 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Osteoporosis, *Let's Talk about it*. Consulté et sauvegardé le 7 novembre 2005. Internet : <[www.sogc.org/pub\\_ed/menop/english/Osteoporosis/p6\\_e.shtml](http://www.sogc.org/pub_ed/menop/english/Osteoporosis/p6_e.shtml)>.



- 43 Groupe de recherche de la Women's Health Initiatives, « Risks and benefits of Estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, 2002, p. 321-333.
- 44 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté le 27 mai 2005. Internet : [http://www.sogc.org/pub\\_ed/menop/english/menoguide/p8\\_e.shtml#whatdoineedtoknow](http://www.sogc.org/pub_ed/menop/english/menoguide/p8_e.shtml#whatdoineedtoknow).
- 45 The North American Menopause Society, article publié dans *The Female Patient*, février 2005. Consulté le et sauvegardé 8 août 2005. Internet : <http://www.menopause.org/HTstatementTFP.htm>.
- 46 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour de 2002). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 24, n° 10, 2002.
- 47 « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause » (mise à jour de 2002). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 24, n° 10, 2002.
- 48 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consulté le 14 août 2005. Internet : [http://sogc.medical.org/pub\\_ed/hrt/index\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/hrt/index_e.shtml) et [http://sogc.medical.org/pub\\_ed/monop/english/menoguide/p8\\_e.shtml](http://sogc.medical.org/pub_ed/monop/english/menoguide/p8_e.shtml).
- 49 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Hormone Therapy and You; Question: Now that I'm aware of the outcome this study (WHI), what should I retain?* Consulté et sauvegardé le 27 mai 2005. Internet : [http://www.sogc.org/pub\\_ed/hrt/index\\_e.shtml](http://www.sogc.org/pub_ed/hrt/index_e.shtml).
- 50 The North American Menopause Society, « Recommendations for estrogen and progestogen use in peri-and postmenopausal women: October 2004 position statement of The North American Menopause Society », *Menopause*, vol. 11 (6, partie I de II), novembre/décembre 2004, p. 589-600.
- 51 R. Raz et W. E. Stamm, « A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections », *The New England Journal of Medicine*, vol. 329, n° 11, 1993, p. 753-757.