Gynécologie La substitution hormonale est actuellement moins attaquée que par le passé. On admet aujourd'hui que seules les femmes souffrant de troubles fonctionnels ont avantage à ce traitement le plus efficace connu.

LE TRAITEMENT HORMONAL DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

Dr Jean Belaisch (gynécologue, Paris. Ancien président de la Société Française de Gynécologie. Courriel : jean.belaisch@orangefr)

Mademoiselle B, 50 ans, consulte pour absence de règles depuis 3 mois. Elle a très chaud la nuit et transpire anormalement. Elle est devenue nerveuse, n'a aucun rapport depuis 2 ans sans en souffrir. Le vagin est seulement peu humide. Il lui est expliqué que bien que les dosages hormonaux ne soient pas toujours indicatifs, ils peuvent donner une idée de son état actuel. Et c'est le cas car ils confirment une ménopause bien installée : FSH 120 mUI/mln; E2< 5pg/ml; AMH 0,20 ng/ml. Elle n'acceptait pas l'idée qu'elle pourrait être ménopausée parce que des épisodes analogues s'étaient déjà manifestés durant les 3 années précédentes puis le cours des règles s'était rétabli et les troubles avaient disparu. Notre patiente s'est résolue à suivre un THM après que diverses modalités lui ont été présentées.

SUR QUELS CRITÈRES PRESCRIRE UN THM ?

Le traitement hormonal des troubles de la ménopause (THM) est actuellement moins attaqué que par le passé. **Seules les femmes souffrant de troubles fonctionnels ont avantage à ce traitement le plus efficace connu** (1).

→ Les essais récents (2) incitent d'abord à **l'administration percutanée de l'œstrogène en association à la progestérone (plutôt qu'aux progestatifs de synthèse) ingérée ou prise par voie vaginale, inutile si la femme est hystérectomisée.**

→ La majorité des recommandations (3, 4) insistent sur les points suivants :

– administration à la dose minimale capable de supprimer ou d'amoindrir très franchement les troubles ;

– administration uniquement tant que durent les troubles, avec interruption du traitement de 15 jours à 2 mois tous les ans et reprise de celui-ci uniquement lorsque les troubles reparaissent, éventuellement à des doses plus faibles ;

– et, surtout, **initiation du THM dans les 5 ou 10 années qui suivent l'installation de la ménopause** (5). Selon les études récentes la femme dont les artères sont saines tirera un bénéfice de ce traitement alors qu'elle pourrait souffrir de complications si ses artères sont déjà pathologiques. Ce qui nécessite un interrogatoire approfondi sur les antécédents personnels et familiaux, artériels et veineux (phlébites thrombo-embolies), un bilan des paramètres lipidiques et si besoin un écho-doppler artériel.

→ **Le rôle du médecin est d'informer la patiente des avantages et inconvénients de ce traitement et celle-ci décidera en toute sérénité en faveur du THM ou d'un traitement non hormonal.** Et parmi les avantages la diminution du risque fracturaire et de développer un diabète. Il est donc raisonnable de ne le conseiller que si les avantages prévus l'emportent franchement sur les risques, ce qui exige la prise en compte rigoureuse des contre-indications du THM.

FAUT-IL S'ASSURER DU DIAGNOSTIC DE MÉNOPAUSE AU PRÉALABLE ?

→ **Le THM doit être commencé à temps.** S'il est commencé alors que les sécrétions ovariennes ne sont pas éteintes il y a un risque de surdosage, les hormones exogènes se cumulant avec celles apportées par le traitement. Et trop tard la femme risque d'être chagrinée par l'inefficacité médicale.

Aussi il sera **toujours utile de chercher à préciser le statut ménopausique aussi bien pour informer la femme sur le risque de grossesse que pour éviter une hyperœstrogénie.** L'aménorrhée ne signe pas la ménopause parce qu'une activité ovarienne purement oestrogénique peut persister. Lorsque les signes de carence œstrogénique sont très marqués (vulve pâle, vagin sec et troubles fonctionnels) on peut déclarer toute grossesse très improbable et proposer un THM.

COMMENT TRAITER ?

→ Sauf chez les femmes hystérectomisées qui n'ont pas besoin de recevoir des progestatifs pour éviter un cancer de l'endomètre, **le traitement est toujours œstrogéno-progestatif** (liste des médicaments sur legeneraliste.fr).

En pratique la patiente peut choisir :

– **le traitement continu sans règles :** prise quotidienne de l'association O-P, mais la prise 25 j/28 ou 31j supprime souvent les menstruations. La prise continue favoriserait davantage le cancer du sein.

– **le traitement séquentiel** (choisi par notre patiente) : 14 j (+/-) d'œstrogènes seuls puis au moins 12 j de l'association œstroprogestative. Puis quelques jours d'arrêt pendant lesquels les règles surviennent. On peut aussi (femmes migraineuses) ne jamais interrompre les œstrogènes.

– une façon originale : la prise 5/7j de l'association O-P.

→ Dans tous les cas la dose de progestatif dépendra de celle d'estrogènes nécessaire pour supprimer les troubles.

→ Les applications de crèmes ou ovules (promestriène, estriol, association estro-progestative) amélioreraient la trophicité vaginale (l'estriol peut traverser la peau fine du pénis avec risque de gynécomastie) ! ◆

◆ E1. LES CONTRE-INDICATIONS

• L'antécédent de cancer du sein ou de l'endomètre ou les saignements inexpliqués sont une contre-indication formelle.

• Les contre-indications relatives sont les mastopathies bénignes susceptibles de dégénérer ou de cacher un cancer du sein et les antécédents familiaux de maladie mammaire, les altérations vasculaires et métaboliques.

Les pathologies pelviennes pourraient se remanifester, douleurs de l'endométriose ou hémorragies des fibromes... Bien d'autres ont été évoquées telles les maladies auto-immunes.

◆ E2. TRAITEMENTS NON HORMONAUX

La question des phyto-œstrogènes sera laissée de côté, mais des traitements non hormonaux sont proposés depuis des années. Un ensemble de molécules, généralement d'origine végétale ou d'huiles, généralement de poisson, ont une efficacité indéniable chez certaines patientes. Les anti-dépresseurs ne sont pas facilement acceptés mais à faible dose ils peuvent apaiser les bouffées de chaleur et sont prescrits si les CI aux œstrogènes sont formelles. Acupuncture et auriculothérapie rendent aussi parfois service.

• **Bibliographie et liens d'intérêts sur legeneraliste.fr**