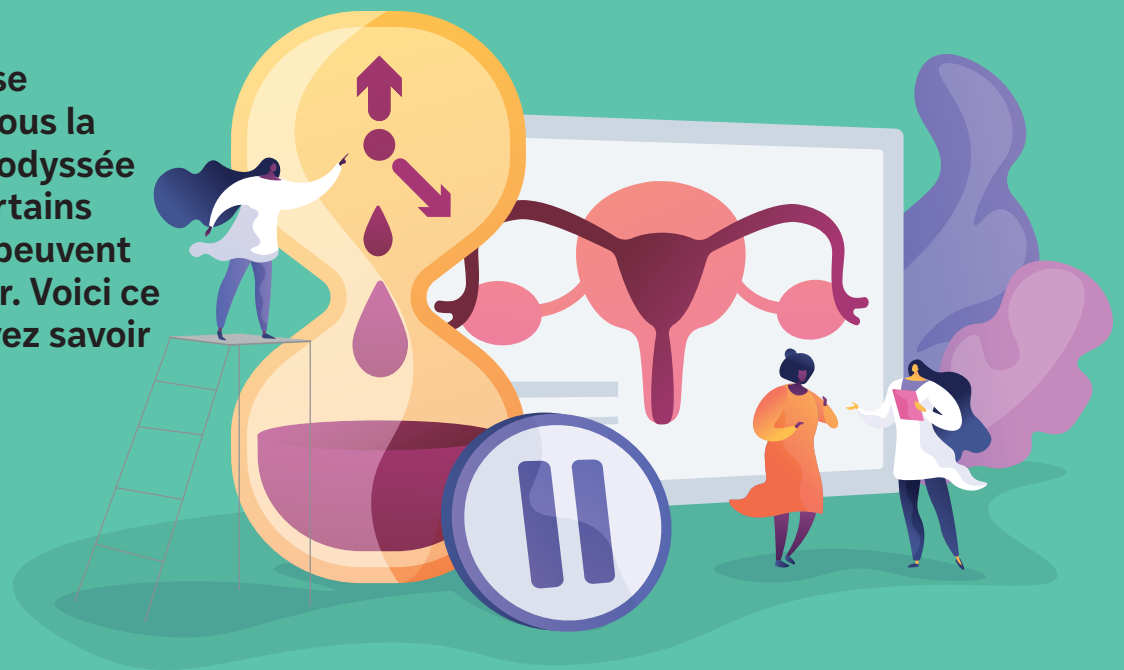


Déjouez le yoyo hormonal

La ménopause prend pour vous la forme d'une odyssée difficile ? Certains traitements peuvent vous soulager. Voici ce que vous devez savoir à leur sujet.

Par Mathilde Roy



La majorité des femmes franchissent le cap de la ménopause entre 45 et 55 ans ; à 51 ans en moyenne. Cette étape inéluctable de la vie, définie par l'arrêt des menstruations pendant 12 mois consécutifs, s'installe lorsque la réserve d'ovules chez une femme est épuisée et que ses ovaires cessent de produire de l'œstrogène, de la progestérone et une partie de la testostérone.

La ménopause ne survient pas brutalement : elle est précédée d'une période de transition, la périménopause, qui s'étend en moyenne sur cinq à sept ans. Au début, le cycle menstruel devient plus court ou, au contraire, plus long, et les règles peuvent être plus abondantes. La baisse graduelle de production d'hormones est aussi susceptible d'entraîner différents symptômes, dont les fameuses bouffées de chaleur.

« Montagnes russes hormonales »

Si certaines femmes rencontrent peu de difficultés durant cette période et se réjouissent même de la fin de leurs règles, d'autres voient ces changements comme une source d'inconfort, voire de grands malaises.

« La périménopause constitue des montagnes russes hormonales, et certaines femmes sont excessivement sensibles à ces variations », explique la D^{re} Sophie Desindes, médecin spécialisée en gynécologie et obstétrique au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS).

La spécialiste souligne que les femmes qui ont déjà souffert de syndrome prémenstruel (SPM) fort, de périodes post-partum difficiles et de dépression sont plus sujettes à une ménopause intense sur le plan psychologique. La génétique, l'ethnicité, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme sont d'autres facteurs qui peuvent peser dans la balance.



« La périménopause constitue des montagnes russes hormonales, et certaines femmes sont excessivement sensibles à ces variations. »

– D^{re} Sophie Desindes, médecin spécialisée en gynécologie et obstétrique au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS)

Stratégies non hormonales

Les bouffées de chaleur représentent l'inconfort le plus courant lié à la ménopause ; elles touchent de 60 à 80 % des femmes ménopausées. Cette sensation soudaine de chaleur, d'intensité variable, dure quelques minutes et peut survenir plusieurs fois par jour. « C'est comme si le thermostat de votre corps était dérégulé par l'absence d'œstrogène et qu'il s'activait tout seul avec de faux signaux », décrit la D^{re} Jeanne Bouteaud, obstétricienne et gynécologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Chez plusieurs femmes, des stratégies simples – s'habiller en « pelures d'oignon », méditer, modifier certaines habitudes de vie... – suffisent à gérer ce désagrément. Pour Sylvie*, 62 ans, c'est l'exercice physique et quelques changements dans son alimentation – notamment l'alcool, qu'elle a coupé – qui ont été salvateurs. « Ma médecin m'a déconseillé de prendre des hormones en raison d'un problème de santé. J'ai donc appris à vivre avec ma ménopause », dit-elle.

« On sait que l'activité physique est associée à un meilleur contrôle des bouffées de chaleur, confirme la D^{re} Bouteaud. Une vie sédentaire de même que le tabagisme peuvent exacerber les symptômes. On sait aussi que l'alcool augmente le risque de cancer du sein et d'autres problèmes de santé globale, en plus d'être parfois un facteur déclencheur de bouffées de chaleur. »

Quand la qualité de vie est trop perturbée

Si les bouffées de chaleur sont très envahissantes, votre médecin vous proposera

probablement l'hormonothérapie. Ce traitement est reconnu comme le plus efficace non seulement contre ce symptôme, mais aussi contre l'insomnie et la sécheresse vaginale, fréquentes chez les femmes ménopausées. « Environ le tiers de mes patientes me disent qu'elles ont vraiment besoin de suivre une hormonothérapie », évalue la D^{re} Sylvie Dodin-Dewailly, gynécologue et professeure à l'Université Laval.

Joane Vandal, 61 ans, fait partie de ces femmes. Des bouffées de chaleur intenses l'ont poussée à prendre des hormones pendant deux ans, au début de la cinquantaine. « Ma ménopause n'était pas insupportable, mais j'étais tannée des chaleurs. Je jouais sans arrêt au yoyo », raconte-t-elle. À son plus grand bonheur, celles-ci se font aujourd'hui plus rares et sont moins fortes.

La D^{re} Jeanne Bouteaud explique que les femmes qui commencent à avoir des bouffées de chaleur pendant la ménopause en auront pour une période variant entre 3 et 5 ans en moyenne, mais que lorsque les bouffées apparaissent plus tôt, pendant la périménopause, elles peuvent durer en moyenne de 7 à 10 ans.

Or les symptômes ne s'arrêtent pas là. Les femmes que nous avons interrogées rapportent aussi des troubles du sommeil, des sueurs nocturnes, une baisse d'énergie, une prise de poids, des pertes sanguines importantes avant l'arrêt total des menstruations, un assèchement de la peau et de l'irritabilité.

Parfois, l'inconfort est à ce point intense que l'hormonothérapie devient essentielle, comme en témoigne Vivianne*,

*Pour préserver l'anonymat de ces femmes, seul leur prénom est mentionné.

65 ans. À 47 ans, elle a subi une hystérectomie avec retrait des ovaires en raison d'un fibrome. Du jour au lendemain, elle s'est retrouvée en ménopause. Si, au début, Vivianne préférait se passer d'hormones, un mois après sa chirurgie, elle est retournée voir sa médecin pour en réclamer. « Je ne me sentais vraiment pas bien dans ma peau. À l'intérieur de moi, c'était comme un choc électrique permanent. Je n'avais pas de qualité de vie », confie celle qui prend des hormones depuis maintenant 18 ans, sans quoi elle dit se sentir « insupportable ».

Sécuritaires, les hormones ?

En 2002, une première grande étude clinique portant sur l'hormonothérapie, publiée par la *Women's Health Initiative* (WHI), a démontré que l'utilisation des hormones classiques – le Provera et le Premarin – était associée à une augmentation du risque du cancer du sein, de maladies cardiovasculaires et d'accidents

vasculaires cérébraux (AVC). Ces résultats ont soulevé de grandes craintes, dissuadant pendant des années des millions de femmes ménopausées de prendre des hormones, et ce, malgré leurs symptômes.

Depuis, les risques soulevés par l'étude de la WHI ont été nuancés, et d'autres recherches ont permis de mieux comprendre les effets de l'hormonothérapie. Le risque de cancer du sein existe, mais il est jugé faible (8 cas de cancer additionnels par année sur 10 000 femmes traitées dans l'étude de la WHI), et celui de caillot sanguin est associé à certains facteurs de risque, comme le tabagisme, l'obésité, le cancer, etc. De plus, l'hormonothérapie n'est pas liée à une augmentation du risque d'AVC chez les patientes de moins de 60 ans.

Résultat : les organisations médicales, telles la North American Menopause Society et la Société des obstétriciens et

COMMENT TRAITER LES DOULEURS VAGINALES

La thérapie vaginale au laser offerte dans des cliniques privées ne serait pas plus efficace qu'un placebo, selon une nouvelle étude.

Le syndrome génito-urinaire – qui peut se manifester par de la sécheresse vaginale, de l'inconfort à la vulve, des infections urinaires à répétition ou une vessie plus irritable ou hyperactive – survient en moyenne trois ans après le début de la ménopause et touche environ la moitié des femmes.

« Mais, contrairement aux bouffées de chaleur, ces symptômes s'aggravent habituellement avec le temps », explique la D^{re} Jeanne Bouteaud, obstétricienne et gynécologue au CHUM.

Pour les traiter, des cliniques médico-esthétiques proposent une thérapie vaginale au laser, qui promet de « restaurer le tissu vaginal et la lubrification naturelle » en trois séances, peut-on lire sur différents sites web de cliniques. Les appareils utilisés pour le traitement, comme diVa et MonaLisa Touch, sont approuvés par Santé Canada.

Une première étude randomisée, publiée en octobre 2021 dans le *Journal of the American Medical Association* et à laquelle a participé la D^{re} Sarah Maheux-Lacroix, gynécologue et professeure à l'Université Laval, a voulu tester ces prétentions. Résultat : « Le traitement au laser n'est pas plus efficace que le placebo. Les femmes qui y ont recours dépensent inutilement des milliers de dollars », résume la D^{re} Maheux-Lacroix. Invitée à réagir à cette étude, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec n'a pas donné suite à nos demandes. De son côté, Santé Canada rappelle que, « étant donné le grand nombre de publications scientifiques divergentes sur le sujet, il est important de noter qu'aucune étude n'est examinée isolément. »

Les traitements éprouvés comprennent des hydratants vaginaux, des lubrifiants pour les activités sexuelles et des compléments hormonaux, vendus sous forme de crèmes, de comprimés intravaginaux ou d'anneaux.

gynécologues du Canada, concluent aujourd'hui que l'hormonothérapie comporte plus de bénéfices que de risques pour les femmes qui sont âgées de moins de 60 ans ou qui ont amorcé leur ménopause depuis moins de 10 ans. Elles affirment aussi que les femmes peuvent poursuivre leur traitement aussi longtemps qu'il est nécessaire pour elles de le faire, à la plus petite dose efficace pour elles.

Bien qu'elle aide à traiter l'ostéoporose, l'hormonothérapie ne doit pas être prescrite en prévention, selon les expertes interrogées. « Il y a quand même des risques associés aux hormones qui sont peu nombreux et peu importants chez les jeunes ménopausées en bonne santé. Il y a aussi des effets secondaires chez certaines femmes », résume la D^{re} Sophie Desindes, du CHUS. Parmi ces effets, mentionnons les nausées, les ballonnements, les douleurs aux seins et les maux de tête.

Hormones classiques vs bio-identiques

Pour les femmes ayant subi une hystérectomie, seule la prise d'œstrogènes est nécessaire. Celles qui ont toujours leur utérus, quant à elles, doivent habituellement associer cette hormone à de la progestérone pour se protéger du risque de développer un cancer de l'endomètre.

En général, deux types de traitements s'offrent à ces dernières. Le premier : la « recette » classique, qui comprend des œstrogènes conjugués équinés – lesquels sont prélevés dans l'urine de jument enceinte, et connus sous le nom commercial de Premarin – et un progestatif, soit de l'acétate de médroxyprogestérone (Provera).

Le Premarin n'étant pas couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il peut coûter une vingtaine de dollars par mois aux femmes qui en prennent. Le Provera, quant à lui, est toujours remboursé.

La seconde formule est l'hormonothérapie dite « bio-identique », une combinaison

d'œstradiol 17 bêta et de progestérone. L'œstradiol 17 bêta est administré par voie transdermique (non couvert par la RAMQ, sauf en cas d'intolérance à la forme orale, par exemple), mais il existe aussi sous forme orale (couvert par la RAMQ). La progestérone, donnée en comprimé, est micronisée, c'est-à-dire transformée en minuscules particules plus absorbables (non couverte par la RAMQ, excepté si le médecin fournit une preuve que la patiente ne peut prendre de Provera).

Ainsi, sauf si elles font partie des exceptions, les femmes dont l'hormonothérapie combine timbre ou gel transdermique et progestérone micronisée peuvent déboursier plus de 150 \$ par mois pour leur traitement.

Selon le cas, il est possible qu'un médecin propose une autre solution, dont deux nouveaux traitements hormonaux. D'abord, mentionnons Duavive, un mélange d'œstrogène conjugué et de bazédoxifène. « C'est fantastique pour les patientes qui ont des effets secondaires sous progestérone, et il n'augmente pas la densité mammaire », précise la D^{re} Desindes. Puis il y a la tibolone, à l'effet œstrogénique, progestatif et androgénique, ce qui la rend intéressante pour alléger une baisse de libido, en plus des autres symptômes fréquents de la ménopause. Des médicaments sans hormones, comme des antidépresseurs, peuvent également être prescrits durant cette période, car ils soulagent les bouffées de chaleur ainsi que les signes anxiodépessifs.

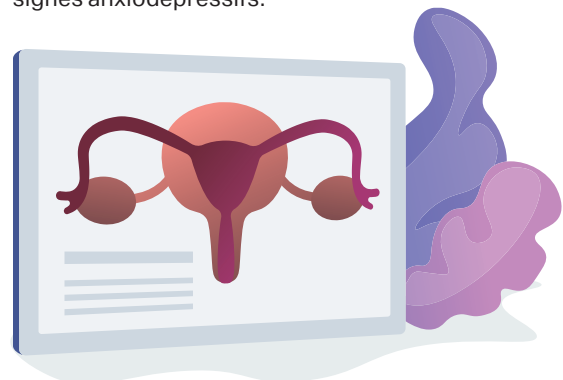


Illustration : Shutterstock.com/Visual Generation

Le point sur les hormones bio-identiques

Les hormones bio-identiques ont fait couler beaucoup d'encre depuis la sortie de la docuserie *Loto-Méno*, de Véronique Cloutier. Dans la foulée, une pétition a été lancée par la D^{re} Sylvie Demers, à qui le documentaire donne la parole. Cette spécialiste réclame l'accessibilité gratuite et universelle des hormones bio-identiques, qu'elle juge plus sécuritaires et plus efficaces que les hormones classiques. Au moment d'écrire ces lignes, la pétition récoltait quelque 175 000 signatures.

Qu'ont de particulier ces hormones ? Elles présentent la même formule chimique que celles que produisent les ovaires d'une femme. « Mais elles sont quand même synthétisées en laboratoire, à partir de l'igname [une plante] ou du soya », nuance Sylvie Dodin-Dewailly, de l'Université Laval.

Si les hormones bio-identiques ne sont pas universellement remboursées par la RAMQ, c'est qu'elles coûtent plus cher que les hormones classiques et qu'aucun essai clinique n'est venu jusqu'à maintenant confirmer leur supériorité. « L'étude WHI a coûté 800 millions de dollars et a été arrêtée après cinq ans. Un essai clinique qui comparerait les hormones bio-identiques aux hormones classiques coûterait plus d'un milliard de dollars ; il n'y a pas une compagnie qui va investir là-dedans », affirme la gynécologue.

Cela dit, des études observationnelles, jugées moins solides, tendent à montrer des avantages pour les hormones bio-identiques. C'est pourquoi les trois médecins que nous avons consultées les proposent en premier lieu à leurs patientes, lorsqu'elles sont couvertes par leurs assurances.

Selon ces études, la progestérone micronisée augmenterait moins le risque de cancer du sein à long terme que le Provera. Chez certaines femmes, elle soulage aussi les problèmes de sommeil et les troubles émotionnels. L'œstradiol 17 bêta sous forme transdermique, de son côté, semble diminuer le risque de caillot sanguin puisqu'elle n'est pas métabolisée par le foie. Cette voie d'administration est d'ailleurs privilégiée – et remboursée par la RAMQ – lorsqu'une femme présente un facteur de risque, par exemple si elle souffre d'obésité ou qu'elle a un taux de cholestérol élevé.

Cela ne veut pas dire que toutes tolèrent bien le « bio-identique ». « J'ai des patientes qui ont des effets secondaires épouvantables [vertiges, faiblesses, etc.] avec la progestérone et pour lesquelles, finalement, c'est le Provera qui convient. Ce n'est pas "one size fits all" [identique pour tout le monde] », lance la D^{re} Sophie Desindes.



MÉNOPAUSÉE DANS LA TRENTAINE ?

Des femmes se demandent si les premiers signes de la ménopause peuvent arriver aussi tôt.

« Depuis la sortie du documentaire *Loto-Méno*, de Véronique Cloutier, des femmes dans la trentaine me consultent parce qu'elles croient être en périménopause, alors qu'elles ont encore un cycle menstruel régulier », raconte la D^{re} Sophie Desindes, médecin spécialisée en gynécologie et obstétrique au CHUS. La ménopause précoce, c'est-à-dire qui survient avant l'âge de 45 ans, est pourtant très rare ; elle toucherait 5 % des femmes.

Selon la D^{re} Desindes, les symptômes rapportés par ces jeunes femmes – troubles de l'humeur, anxiété, dépression, irritabilité... – seraient plus souvent liés au syndrome prémenstruel (SPM).

« Peu d'études documentent ce phénomène, mais moi, je le vois beaucoup en clinique : le SPM augmente à la fin de la trentaine et au début de la quarantaine, avant la périménopause », dit-elle.