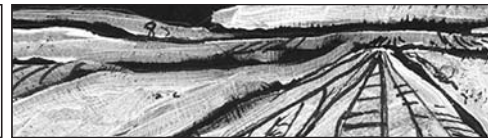


# L'hormonothérapie

*Est-ce pour moi ?*

## Saviez-vous que...



- La principale contre-indication à l'hormonothérapie pourrait être le manque d'indications quant aux gains réels de cette thérapie.
- « On estime que, en l'an 2000, quatre millions de Canadiennes seront âgées de 50 ans et plus et qu'elles représenteront 15 % de la population. [...] Dans ce contexte, il devient nécessaire que les médecins omnipraticiens soient à l'affût des plus récentes découvertes dans le domaine de l'hormonothérapie substitutive (HTS), sensibilisés à une approche individualisée du sujet, et surtout, à l'écoute des valeurs et des attentes de la patiente. » (Légaré et Moreau, 2000, p. 75.)
- « L'Édition du Consensus canadien comporte une revue sans précédent des approches complémentaires utilisées par un nombre croissant de femmes ménopausées au Canada. Elle recommande que les médecins qui traitent les femmes dans la quarantaine se familiarisent avec les thérapies alternatives et qu'ils conseillent leurs patientes par rapport à la gamme complète d'options disponibles. » (SOGC, 2001, p. 2.)

## Qu'est-ce que l'hormonothérapie ?

L'hormonothérapie est un traitement hormonal qui consiste à utiliser des hormones de substitution, naturelles ou synthétiques, afin de remplacer celles que les ovaires cessent de sécréter à la ménopause. L'objectif est de soulager certaines manifestations de la ménopause. Dans ce cahier, il est surtout question du traitement associant les œstrogènes et les progestatifs qui a été massivement prescrit aux femmes à la ménopause depuis plusieurs années. (Voir la fiche *Médicalisation croissante*.) Pendant longtemps, les milieux médicaux ont prêté à l'hormonothérapie des qualités préventives contre certaines maladies, malgré l'existence d'études scientifiques contradictoires. (Lépine, Ruelens, 2002.) Toutefois, ces avantages ont sérieusement été remis en question avec l'interruption de l'étude *Women's Health Initiative* (WHI), fort médiatisée, et qui a incité les autorités médicales à adopter de nouvelles recommandations.

Nous analyserons, dans ce cahier, quels sont les avantages, les inconvénients et les risques de cette thérapie. Nous verrons également qu'il existe plusieurs traitements hormonaux possibles, ainsi que plusieurs formes d'administration : par voie orale, transdermique, vaginale, ou intramusculaire. Plusieurs méthodes alternatives existent également pour aider à mieux vivre la ménopause, mais ces alternatives ne sont pas abordées dans ce cahier. (Voir les cahiers *Alimentation*, *Activité physique* et *Médecines alternatives et complémentaires*.)

« *Savoir les avantages et les désavantages...  
on peut plus faire un choix éclairé...  
toujours en restant maître de son corps. »*  
(Montréal)

## Les types d'hormones employées dans l'hormonothérapie

Il existe trois types d'hormones employées en hormonothérapie :

- Les œstrogènes de synthèse ;
- Les progestatifs ou progestérone de synthèse ;
- Les androgènes.

## Les traitements disponibles

Plusieurs traitements différents peuvent être prescrits en hormonothérapie :

- Le traitement aux œstrogènes seuls, ou "œstrogénothérapie" ;
- L'administration d'œstrogènes et de progestatifs ou traitement "œstroprogestatif", qui est le plus couramment prescrit ;
- Le traitement aux androgènes comportant, entre autres, de la testostérone seule ou associée aux œstrogènes ;
- Le traitement aux progestatifs seuls, sur lequel peu d'études à long terme ont été effectuées.

**Notez bien :** Les œstrogènes seuls ne devraient être administrés qu'aux femmes ayant subi une hystérectomie, c'est-à-dire à qui l'on a enlevé l'utérus. Le risque de cancer de l'endomètre étant trop élevé avec le traitement aux œstrogènes seuls, on devrait toujours prescrire des œstrogènes et de la progestérone aux femmes ayant leur utérus.

## Les hormones naturelles et synthétiques

**Notez bien :** Les hormones synthétiques sont entièrement fabriquées en laboratoire alors que les hormones dites "naturelles" sont fabriquées à partir de substances naturelles. Il existe beaucoup de confusion quant à la signification du qualificatif "naturelle" lorsqu'il est question d'hormonothérapie. Par exemple, les professionnels et professionnelles de la santé font souvent référence au Prémairine (dénomination commerciale des œstrogènes conjugués) au sujet des hormones naturelles. Il est vrai que le Prémairine contient deux types d'œstrogènes de sources naturelles, soit l'œstrone provenant des œstrogènes humains, et un extrait de l'urine de jument en gestation. Mais cela ne signifie nullement que ces œstrogènes soient "naturels" pour l'être humain.

Quant à la progestérone, comme le mentionne le docteur Lee, ce « n'est pas une appellation générique mais une hormone produite par le corps jaune après l'ovulation [...] et en faible quantité par les glandes surrénales ». (Lee, 2000, p. 73.) Les produits disponibles sur le marché sont des analogues synthétiques de la progestérone, nommés progestatifs, qu'ils soient issus d'une source naturelle ou synthétique. La progestérone "naturelle" n'intéresse guère les compagnies pharmaceutiques qui ne peuvent pas, en principe, la faire breveter ni obtenir de droits exclusifs quant à sa commercialisation. Elle n'est pas disponible en vente libre au Canada.

**Notez bien :** La question des phytoestrogènes provenant de sources alimentaires et de plantes médicinales n'est pas traitée dans le cadre de ce cahier : elle est abordée dans les cahiers *Alimentation* et *Médecines*



**alternatives et complémentaires. La fiche *Cancers du sein et des organes reproducteurs* donne également quelques recommandations et contre-indications à leur effet.**

## L'historique

Les premières formes synthétiques d'œstrogènes sont apparues en 1930, à l'époque où l'industrie pharmaceutique en était à ses premiers balbutiements. (Voir la fiche *Médicalisation croissante*.) Les suppléments d'œstrogènes ont été prescrits aux femmes à partir des années 1960.

La première contre-indication majeure à l'hormonothérapie est survenue en 1975, à la suite de deux études. Ces études estimaient que « [...] les femmes soumises à l'œstrogène [sic] pouvaient être de quatre à sept fois plus à risque de développer un cancer de l'endomètre que les autres femmes ». (Proulx-Sammut, 2001, p. 203.) Considérant ces conclusions troublantes, des équipes de recherche ont poursuivi leurs travaux et ont finalement découvert que la progestérone pouvait protéger les femmes contre le cancer de l'endomètre (paroi de l'utérus). C'est pourquoi, depuis les années 1980, un traitement hormonal combinant des œstrogènes et des progestatifs est employé pour les femmes en ménopause ayant toujours leur utérus afin de diminuer ce risque.

À cette époque, le traitement hormonal était reconnu pour enrayer certains symptômes de la ménopause, ainsi que pour prévenir l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. Malgré l'existence de nombreuses petites études contradictoires, un consensus existait sur ces questions au niveau des autorités médicales. Pourtant, aucune étude ne démontrait les bienfaits de l'hormonothérapie à titre préventif pour les femmes en santé. (O'Grady et Bourrier-Lacroix 2003, p. 4.)

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

Récemment, une première **vaste** étude effectuée auprès de 16 000 Américaines âgées de 50 à 79 ans, la *Women's Health Initiative* (WHI), a évalué les bienfaits et les risques à **long terme** du traitement associant les œstrogènes aux progestatifs. (WGWHII, 2002.) Cette étude s'est concentrée sur les femmes postménopausées, en santé, et ayant encore leur utérus. Une des conclusions importantes concerne l'**augmentation des risques** de maladies cardiaques et de cancer du sein. L'étude, amorcée en 1997, a été interrompue le 31 mai 2002, en raison des risques de cancers du sein et de maladies cardiovasculaires qui l'emportaient sur les bienfaits escomptés pour les femmes faisant partie du groupe cible.

Plusieurs recherches sont en cours présentement, notamment, l'étude *Women's Health Initiative* (WHI) concernant cette fois-ci les bienfaits et les risques d'un traitement d'œstrogènes seuls, pour les femmes **n'ayant plus** leur utérus.

## L'analyse des bienfaits et des risques de l'hormonothérapie

Les effets des traitements hormonaux ne sont pas toujours bien connus, malgré certaines affirmations pouvant être perçues comme des certitudes. La prudence est donc de mise face à cette thérapie, puisque les recherches sont toujours en cours. Afin d'aider à faire des choix sur cette option, nous allons analyser, à la lumière des

informations disponibles à ce jour, les bienfaits et les risques relatifs à l'hormonothérapie, aussi nommée "hormonothérapie de substitution", "HTS", "HTR" ou "hormonothérapie de remplacement".

## Les bienfaits

### L'élimination des bouffées de chaleur

L'hormonothérapie prise à court terme, c'est-à-dire pendant un à trois ans, peut contribuer efficacement à éliminer les bouffées de chaleur. D'ailleurs, c'est aujourd'hui une des principales raisons qui incite les femmes à y avoir recours. Cependant, 15 % des femmes continueront à avoir des bouffées de chaleur importantes malgré la prise d'hormones.

Afin de prendre une décision éclairée, il faut d'abord évaluer si ces bouffées de chaleur sont un inconvénient ou un handicap. Le tableau ci-dessous présente des exemples de ce que peut représenter un handicap lié aux bouffées de chaleur.

### Exemples de bouffées de chaleur pouvant représenter un handicap

---

Avoir plusieurs bouffées de chaleur par jour, pouvant aller jusqu'à 15 à 20 par jour.

---

Devoir changer de vêtements pendant la nuit, provoquant une fatigue permanente, une irritabilité, un état dépressif ou d'autres malaises.

---

Avoir certaines obligations ou activités difficilement compatibles avec des bouffées de chaleur.

---

**Notez bien :** Il existe plusieurs autres moyens que l'hormonothérapie pour contrer les bouffées de chaleur. (Voir la fiche *Bouffées de chaleur*.)

### L'amélioration de la lubrification des muqueuses vaginales et le soulagement de certains problèmes urinaires

La sécheresse vaginale peut se manifester quelque temps après la ménopause, mais survient surtout après plus de cinq ans d'arrêt des menstruations. Ce problème peut engendrer des démangeaisons, des sensations de brûlure et favoriser l'apparition d'infections vaginales. La sécheresse de la muqueuse de la vessie présente des symptômes identiques à une infection urinaire, mais sans infection : urgence urinaire, envie constante d'uriner, douleurs en urinant. L'hormonothérapie soulage la majorité des femmes qui souffrent de ces symptômes.

Selon l'étude WHI, un traitement associant les œstrogènes aux progestatifs peut également diminuer l'incidence d'infections récurrentes des voies urinaires. Par contre, aucun bienfait n'est reconnu concernant l'incontinence urinaire.

Le docteur Paul Lépine souligne que « Toutes les solutions peu coûteuses et non toxiques qui vous donnent un plus grand confort sont à encourager. Il n'y a aucun danger à vivre avec la sécheresse vaginale si cela ne perturbe pas votre qualité de vie. » (Lépine, Ruelens 2002, p. 27.)

Paul Lépine souligne également que, si on choisit tout de même l'hormonothérapie, il est préférable



d'avoir recours à un traitement à **court terme** pour l'élimination des bouffées de chaleur et de la sécheresse des muqueuses.

### La prévention de l'ostéoporose

L'ostéoporose est une diminution de la densité osseuse s'accroissant, selon la Société de l'Ostéoporose du Canada, après le début de la ménopause. L'ostéoporose peut entraîner une augmentation des risques de fractures. (Voir la fiche *Ostéoporose*.)

L'étude WHI a constaté une diminution des fractures de la hanche à la suite d'un traitement d'œstrogènes associés à des progestatifs. (WGWHI, 2002.)

Toutefois, les traitements hormonaux comportant des œstrogènes freinent la perte osseuse et diminuent les risques de fractures de la hanche et de fractures vertébrales si, et seulement si, le traitement est

**continu** et à **long terme**, c'est-à-dire plus de sept ans. Avant de prendre une décision, il est fortement conseillé d'évaluer son niveau de risque de développer l'ostéoporose.

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

Il faut souligner que l'ostéoporose n'est qu'un des nombreux facteurs de risque de fractures. Selon le docteur Paul Lépine, l'efficacité réelle des traitements hormonaux contre les risques de fractures serait de 3 % à 5 %. C'est donc dire que seulement trois à cinq femmes sur cent pourraient éviter une fracture grâce à l'hormonothérapie.

Bien qu'il soit reconnu que la prise d'hormones freine la perte osseuse, cette dernière fait partie du processus normal de vieillissement. Il importe surtout de prévenir les fractures. Ainsi, plusieurs autres facteurs de risque devraient être pris en compte.

### Facteurs de risque de fractures

---

Inactivité.

---

Prise de substances qui diminuent la vigilance et augmente les risques d'accidents, comme l'alcool, les médicaments contre l'anxiété et la nervosité, et certains antidépresseurs, etc.

---

Apport insuffisant de calcium et de protéines végétales, surtout avant l'âge de 35 ans.

---

Apport insuffisant de vitamines D qui favorise l'absorption du calcium.

---

Consommation de 400 grammes et plus de caféine par jour. « La caféine a un effet diurétique qui augmente l'excrétion de calcium dans l'urine. » (Nelson 2001, p. 86.)

---

Tabagisme : l'usage de la cigarette diminue le taux d'œstrogènes dans le sang, ce qui contribue à réduire la masse osseuse.

---

Consommation excessive de boissons gazeuses.

---

Environnement non sécuritaire comme une rampe branlante ou un escalier glacé, etc.

Bien sûr, certaines femmes ont une plus grande fragilité des os. Tout en tenant compte des autres facteurs de risque, il peut être plus intéressant, pour elles, d'avoir recours à l'hormonothérapie. (Voir la fiche *Ostéoporose*.) Sur le rôle de la progestérone naturelle dans la prévention de l'ostéoporose, le docteur John Lee rappelle que « les œstrogènes ralentissent la perte osseuse, mais c'est la progestérone qui joue un rôle primordial dans la construction de l'os nouveau ». (Lee, 2000, p. 215.)

**Notez bien :** « [...] on parle d'ostéoporose lorsqu'il y a eu une diminution de la masse osseuse de plus de 2,5 déviation standard par rapport à la moyenne normale à l'âge de trente ans. » (Lépine, Ruelens 2002, p. 29.) Une perte de moins de 2,5 est donc considérée comme légère et ne justifie pas l'utilisation d'hormones. De toutes façons, les bienfaits de l'hormonothérapie sur l'ostéoporose ne démontrent pas qu'un traitement à l'hormonothérapie soit indiqué.

### La prévention de la maladie d'Alzheimer et du cancer du côlon

Dans ces deux cas, il n'existe actuellement aucune étude avancée et de qualité qui permette d'affirmer les bienfaits de l'hormonothérapie. L'effet des hormones sur ces deux maladies est inconnu. Il faut donc attendre des résultats plus concluants. Bien que l'étude WHI ait démontré qu'un traitement à base d'œstrogènes et de progestatifs est associé à une baisse des risques de cancer colo-rectal, cette réduction n'est pas statistiquement concluante. On ne peut donc affirmer qu'il existe une réelle réduction de risque de cancer colo-rectal puisque l'indice de cette réduction n'est pas assez élevé. (WGWHII, 2002.)

## Les risques et les inconvénients

### Le risque de cancer du sein lors d'un traitement à long terme

L'augmentation du risque de cancer du sein due à un traitement d'œstrogènes associés à des progestatifs a été largement acceptée depuis longtemps par les médecins. Selon l'étude WHI, le risque de cancer du sein n'augmente pas de façon significative si ce traitement est suivi pendant une période limitée, allant jusqu'à quatre ans. (WGWHII, 2002.)

Par ailleurs, après cinq années de traitement et plus, le risque de cancer du sein augmente d'environ 2 % par année d'utilisation. « Le risque revient à son point de départ cinq ans après l'arrêt de la thérapie. » (SOGC, 2002b, p. 801.)

**Notez bien :** Il existe plusieurs types de cancer du sein. Ceux qui se nourrissent d'hormones œstrogènes sont nommés "hormonodépendants". Des médecins recommandent l'hormonothérapie à des femmes qui ont déjà eu un cancer du sein qui n'était pas hormonodépendant. Cette pratique est contestée par d'autres médecins qui la considèrent comme risquée dans l'état actuel des recherches. Les femmes à risque doivent sérieusement y réfléchir, car l'hormonothérapie élève encore plus leur niveau de risque. Plusieurs autres méthodes peuvent être employées pour contrer certains symptômes de la ménopause.

Voici quelques facteurs indiquant qu'une femme est plus à risque de développer un cancer du sein. (Voir aussi la fiche *Cancers du sein et des organes reproducteurs*.)



## Principaux facteurs de risque du cancer du sein

---

Sexe féminin

---

Âge, le risque d'avoir un cancer du sein augmentant avec l'âge

---

Présence d'au moins deux membres de la famille du premier degré (mère et sœur) qui ont eu un cancer du sein avant la ménopause

---

Obésité après la ménopause

---

Puberté précoce, avant 12 ans

---

Maternité après trente ans ou plus

---

Aucune grossesse

---

Ménopause tardive, après 55 ans

---

Consommation moyenne de un verre d'alcool par jour (OMS, 2003, p. 99.)

---

Tabagisme

---

Manque d'exercice régulier

---

En ce qui concerne les femmes qui prennent des œstrogènes seuls, l'étude WHI se poursuit. Mais, en l'absence de données, il est recommandé aux femmes de procéder à l'auto-examen manuel et visuel de leurs seins, afin d'identifier tout changement. On conseille également un examen clinique annuel des seins, effectué par un ou une médecin, d'une durée d'environ sept minutes. De plus, « il est plus prudent d'utiliser la dose d'œstrogènes efficace la plus faible et pour une durée la plus courte possible pour les objectifs du traitement ». (SOGC, 2002b, p. 797.)

### Le risque de cancer de l'endomètre (paroi de l'utérus) avec un traitement d'œstrogènes seuls

Le risque accru de cancer de l'endomètre avec la prise d'un traitement à base d'œstrogènes seuls, est reconnu depuis longtemps. D'ailleurs, ce traitement ne s'adresse maintenant qu'aux femmes ayant subi l'ablation de l'utérus.

**Notez bien :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada fait clairement mention dans son récent Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose que : « Aucun régime d'œstro-progestatif ne protège complètement contre le cancer de l'endomètre et il faut examiner tout saignement utérin anormal. »

## Le risque de thrombophlébites et d'embolies pulmonaires

**Notez bien :** Une thrombose se définit comme la formation d'un caillot sanguin. Une embolie est l'obstruction d'une artère par une masse de matières non dissoutes présente dans le sang. Une thrombophlébite est une inflammation d'une veine associée à une thrombose. Une thromboembolie est l'occlusion d'un vaisseau sanguin résultant d'une thrombose. Une embolie pulmonaire est l'obstruction de l'artère pulmonaire ou de l'une de ses ramifications.

« Il y a vingt ans, on enseignait aux médecins que les hormones augmentaient le risque de thrombophlébite. » (Lépine, Ruelens, 2002, p. 47.) Malgré cette mise en garde qui demeure valable aujourd'hui, des médecins considèrent qu'il serait possible, pour une femme ayant déjà fait une thrombophlébite, de prendre des hormones en **dernier recours**.

L'étude WHI révèle une augmentation du nombre de cas de thromboembolies veineuses et d'embolies pulmonaires pour chaque année de traitement aux œstrogènes associés à des progestatifs. Le traitement hormonal est absolument **contre-indiqué** chez les femmes souffrant de troubles thromboemboliques veineux ou qui ont souffert de ces troubles dans les six derniers mois.

## Les maladies cardiovasculaires

Durant plusieurs années, la diminution des maladies cardiovasculaires a été classée parmi les "bienfaits" de l'hormonothérapie. Cette conviction était basée notamment sur des études rétrospectives, à partir desquelles il était difficile scientifiquement d'en conclure un lien de cause à effet. (Lépine, Ruelens, 2002, p. 35.) Plusieurs études étaient contradictoires et ne permettaient pas de tirer de conclusion évidente.

Les bienfaits de l'hormonothérapie en regard des maladies cardiovasculaires ont été remis en cause par certaines études telles que HERS (1998) et surtout celle de la WHI (2002). Selon cette dernière étude, il y a un risque significatif d'incidents cardiovasculaires chez les femmes en santé ayant eu recours à un traitement d'œstrogènes associés à des progestatifs. Ce traitement **ne doit donc pas être utilisé** pour la prévention des maladies cardiovasculaires. (Voir la fiche *Maladies cardiovasculaires*.) Ces résultats ont aussi amené la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada à modifier leurs recommandations dans le *Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose*. (SOGC, 2002b.)

« Il ne faut pas commencer ni poursuivre une hormonothérapie [...] chez une femme, dans le seul but de prévenir un accident cardiovasculaire. (Id., p. 799.)

« Toutes les femmes devraient être informées des effets bénéfiques apportés par des changements des habitudes de vie sur la réduction du risque d'un éventuel accident cardiovasculaire. Les changements indiqués comprennent une alimentation saine pour le cœur, l'abandon de la cigarette, l'exercice physique modéré quotidien et le maintien d'un poids corporel adéquat. » (Id.)

L'étude ERA (Estrogen Replacement and Atherosclerosis) portant sur l'administration d'œstrogènes dans le traitement de l'athérosclérose (détérioration des artères causée par des dépôts graisseux), démontre que ni le traitement aux œstrogènes seuls ni le traitement associant les œstrogènes aux progestatifs ne ralentissent la progression de l'athérosclérose chez les femmes présentant des antécédents de maladies cardiaques. (Herrington et al., 2000.)

## Les risques de calculs biliaires ou pierres au foie

Il est prouvé depuis vingt ans déjà que la prise d'hormones par voie orale augmente le risque de calculs biliaires. Bien que l'on affirme que ce risque est probablement faible, les femmes qui suivent un traitement hormonal par voie orale encourent presque deux fois plus de risques de souffrir d'une affection biliaire que les autres. (Légaré et Moreau, 2000.) Comme cela concerne uniquement la prise d'hormones par voie orale, il est conseillé aux femmes ayant des antécédents de calculs biliaires, communément appelés pierres au foie, d'utiliser une autre forme d'administration des hormones. (Voir plus loin la section "Les voies d'administration".)

La prise d'hormones par voie orale est **absolument contre-indiquée** chez les femmes ayant des troubles hépatiques (relatifs au foie) aigus ou évolutifs.

## La migraine

« La prise d'hormones peut augmenter la sévérité et la fréquence des crises de migraine. » (Lépine, Ruelens, 2002, p. 49.) Cette affirmation ne signifie pas que toutes les femmes migraineuses verront leur état empirer. Par contre, Paul Lépine souligne l'importance de faire le lien entre la migraine et les risques d'un accident vasculaire cérébral (AVC), causé le plus souvent par un caillot de sang au cerveau. L'hormonothérapie peut être déconseillé chez les femmes migraineuses, puisque le risque de faire un AVC s'en trouve possiblement augmenté. L'étude WHI démontre une augmentation des AVC chez les personnes qui suivent un traitement d'œstrogènes associés à des progestatifs.

Pour une femme migraineuse qui fume, il est **fortement déconseillé** de prendre des hormones puisque le risque de faire un AVC s'en trouve plus élevé. La migraine est un problème qui demande une vigilance accrue en regard de l'hormonothérapie ou dans l'éventualité d'une décision concernant ce traitement. (Voir la fiche Maux de tête et migraines.)

## Les cas nécessitant des recherches supplémentaires

### Le cancer des ovaires

« Les médecins doivent être conscients que les effets rapportés de la thérapie œstro-progestative sur le cancer ovarien sont contradictoires. Il y a possibilité de risque accru chez la femme qui suit une œstrogénothérapie seule à long terme (10 ans ou plus). » (SOGC, 2002b, p. 801.) Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, des recherches supplémentaires devront être réalisées pour parvenir à des résultats plus évidents.

### Les contre-indications à l'hormonothérapie

« Au fond, la première contre-indication serait... le manque d'indication ! » (Proulx-Sammut, 2001, p. 212.)

À la lumière des recherches actuelles au sujet des risques et des bienfaits de l'hormonothérapie, certaines contre-indications sont maintenant admises. De plus, certains problèmes de santé exigent davantage de prudence vis-à-vis de ce traitement. Trois tableaux, inspirés notamment de l'article de Légaré et Moreau (2000, p. 78.), et de Proulx-Sammut (2001, p. 212-213.), résument ces restrictions.

## Contre-indications absolues à l'hormonothérapie

---

Saignements vaginaux inexplicés

---

Grossesse

---

Maladie active du foie

---

Trouble thromboembolique veineux actif ou remontant à moins de six mois (caillots sanguins)

---

Cancer du sein (stade II ou avancé) ou antécédents de cancer du sein

---

Cancer de l'endomètre (stade II ou avancé) ou antécédents de cancer de l'endomètre

---

## Contre-indication ne faisant pas l'objet d'un consensus dans les milieux médicaux

---

Maladie cardiovasculaire \*

---

\* D'après les résultats de l'étude de la WHI (2002) et de l'étude HERS (1998), notamment, il ne faut pas prescrire l'hormonothérapie à une femme souffrant déjà de cardiopathie (maladie du cœur). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada est moins radicale et recommande pour sa part de ne pas la prescrire à titre préventif. On comprend qu'il s'agit d'une question qui ne fait pas encore consensus dans les milieux médicaux. Des études supplémentaires seront nécessaires pour mesurer les risques de l'hormonothérapie pour les femmes souffrant de maladies cardiaques.

## Problèmes exigeant plus de prudence et de surveillance

---

Migraine

---

Antécédents de thromboembolie veineuse

---

Hypertension

---

Diabète mal contrôlé

---

Hypertriglycéridémie

---

Troubles hépatiques

---

Fibromes (tumeurs bénignes se développant sur les muscles de la paroi de l'utérus)

---

Antécédents familiaux de cancer du sein

---

Endométriose (maladie gynécologique relative au tissu de l'endomètre)

---



## Problèmes devant faire l'objet d'une attention particulière

---

Épilepsie

---

Lupus érythémateux

---

Asthme

### Les principales indications

En ce qui concerne les indications relatives à l'hormonothérapie, la médecine insiste principalement sur l'amélioration de la qualité de vie à court et à long terme et sur la prévention de l'ostéoporose. Mais il faut être critique quant à la médicalisation<sup>1</sup> de la ménopause et se rappeler qu'il s'agit d'une étape naturelle dans le processus de vieillissement et non une maladie. **Le traitement hormonal n'est pas un impératif.**

Une décision peut être prise concernant ce traitement après avoir effectué un bilan de santé pour évaluer les facteurs de risque reliés à l'hormonothérapie et déterminer si les bienfaits l'emportent sur les risques encourus. Il peut être intéressant de s'informer auparavant sur des alternatives parfois tout aussi efficaces pour régler ces symptômes et prévenir l'ostéoporose. (Voir les cahiers *Alimentation, Activité physique et Médecines alternatives et complémentaires.*) Certaines approches alternatives et complémentaires peuvent contribuer à résoudre un plus grand nombre de symptômes et être plus efficaces pour prévenir certaines maladies comme les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Sous réserve des résultats d'un bilan de santé rigoureux, l'hormonothérapie peut s'avérer utile et efficace :

- Pour les 15 à 25 % des femmes qui souffrent de bouffées de chaleur très intenses, ainsi que de sueurs nocturnes fréquentes.
- Pour les 20 à 40 % des femmes plus fortement incommodées par la sécheresse des muqueuses vaginales et de la vessie.
- Pour les femmes qui ont une ménopause naturellement précoce (avant 39 ans), ou due à une intervention chirurgicale, comme une ovariectomie bilatérale et une hystérectomie, « On estime que ce sont des situations typiques où la prise d'œstrogènes de substitution serait préconisée jusqu'à l'âge normal de la ménopause quand il n'y a pas de contre-indications. Les motifs de poursuite les traitements à plus long terme seront alors réévalués. » (Proulx-Sammut, 2001, p. 211.)

### Le choix du traitement hormonal

Avant de choisir l'hormonothérapie, il est primordial de s'assurer que les bienfaits de l'hormonothérapie l'emportent sur les risques potentiels. Il est important, par exemple, de s'informer et de savoir qu'il existe d'autres méthodes pour contrer les bouffées de chaleur ou les sécheresses des muqueuses. (Voir les fiches

---

<sup>1</sup> « Processus par lequel des problèmes non médicaux en arrivent, en fonction d'une approche centrée sur les maladies ou les désordres, à être définis et traités comme des problèmes médicaux. » (Définition de Colette Gendron, professeure émérite, retraitée de l'Université Laval à Québec, Proulx-Sammut, 2001, p. 201.)

*Bouffées de chaleur* et *Problèmes génito-urinaires*.) De plus, l'ostéoporose est un phénomène naturel du vieillissement et plusieurs facteurs influencent le risque de fractures. (Voir la fiche *Ostéoporose*.) Enfin, les cahiers *Alimentation*, *Activité physique* et *Médecines alternatives et complémentaires* présentent différentes approches alternatives à l'hormonothérapie de remplacement. Le cahier sur les *Médecines alternatives et complémentaires* insiste aussi sur l'importance de prendre en compte la santé dans toute sa globalité et sa complexité, et non pas de façon mécanique sans égard pour le vécu des femmes, leurs émotions et leur histoire de vie.

Une fois la décision prise d'adopter l'hormonothérapie, il est possible d'examiner différentes options concernant le mode d'administration, le dosage et la durée de traitement. Avec l'aide d'un ou d'une médecin, le traitement peut être adapté aux besoins particuliers. Toutefois, tous les traitements comportent des risques et peuvent occasionner certains effets secondaires.

### Les différents régimes thérapeutiques

Aujourd'hui, les femmes ont le choix entre un régime **cyclique**, soit avec interruption durant le mois, ou **continu**, donc sans interruption. Il existe également plusieurs dosages possibles et la durée du traitement est toujours à évaluer en fonction des besoins et des risques pour chaque femme. Le traitement demande un suivi adéquat au cours duquel le dosage et la durée sont modifiables et constamment réévalués.

La plupart du temps, des essais de traitement sont à prévoir avant de trouver la "formule" qui convient le mieux. Chaque essai doit durer environ trois mois avant d'effectuer des changements, **à moins qu'il y ait des complications avant ce délai.**

La prise d'hormones nécessite, dans la majorité des cas, de suivre un calendrier. Pendant le traitement, plusieurs effets secondaires risquent de survenir et certains d'entre eux peuvent être le signe de complications. En cas de doutes, et peu importe le calendrier de rendez-vous établi, une consultation médicale s'impose.

### Effets secondaires possibles relatifs à la prise d'hormones

---

Nausées

---

Vomissements

---

Crampes, douleurs abdominales

---

Douleurs aux jambes

---

Augmentation de l'appétit et prise de poids

---

Maux de tête

---

Gonflements et sensibilité des seins

---

Modification des lipides sanguins, ballonnements

---

Rétention d'eau

---

Irritations cutanées

---

Sautes d'humeur

---

Irritabilité

---

Saignements vaginaux inexpliqués ou reprise des menstruations

---

**Notez bien :** Lorsque le traitement comporte de la progestérone, la reprise des règles peut survenir et le syndrome prémenstruel est parfois accentué, entraînant agressivité et état dépressif.

### Le régime cyclique

Avec un régime cyclique, les œstrogènes sont pris en alternance avec les progestatifs, administrés au début ou à la fin du cycle. Le traitement cyclique aux œstrogènes seuls suppose la prise quotidienne des œstrogènes, pendant 21 à 25 jours, suivie d'une pause jusqu'au premier jour du nouveau cycle. Pour la prise cyclique de progestatifs seuls, l'administration s'effectue du premier au dixième ou au quatorzième jour du cycle.

**Notez bien :** Les régimes ne comportant que des progestatifs sont moins connus et très peu d'études à long terme ont été réalisées à leur sujet.

Le régime cyclique comportant des œstrogènes et des progestatifs permet un meilleur contrôle du flux menstruel et convient donc particulièrement aux femmes récemment ménopausées ayant leur utérus. Par contre, le régime cyclique peut aussi causer **des saignements vaginaux excessifs voire un retour des menstruations et des symptômes prémenstruels**. Cette situation peut parfois être améliorée par un changement de dosage.

### Le régime continu

Avec un régime continu, les œstrogènes et les progestatifs sont administrés en même temps et sans arrêt. Les principaux inconvénients de ce traitement sont des **saignements abondants, irréguliers et imprévisibles** pendant les six premiers mois d'utilisation. Cependant, les saignements disparaissent par la suite, ce qui représente un avantage par rapport au régime cyclique.

**Notez bien :** Lucette Proulx-Sammut souligne que le traitement combiné continu d'œstrogènes et de progestatifs a fait des adeptes parce qu'on a promis aux utilisatrices qu'elles ne saigneraient plus après quelques mois. «Cependant, des études ont démontré que, pendant un an, près de la moitié d'entre elles vivent avec des saignements plus ou moins prévisibles, ce qui porte parfois à confusion, peut multiplier les inquiétudes et même suggérer des biopsies de l'endomètre.» (Proulx-Sammut, 2001, p. 210.)

Il est aussi courant de prendre les œstrogènes de façon continue et les progestatifs de façon cyclique. En ce qui concerne la prise d'œstrogènes seuls, la dose minimale est de plus en plus employée, alors que pour la prise continue de progestatifs seuls, il n'y a pas de contre-indication présentement.

### Les voies d'administration et les noms commerciaux

Cette partie ne présente qu'un survol des différents produits pharmaceutiques hormonaux qui existent sur le marché. Le but de l'exercice n'est pas de promouvoir une marque commerciale en particulier, mais de fournir des

informations à leur sujet. Pour en savoir davantage, consultez le livre de Proulx-Sammut *La ménopause mieux comprise, mieux vécue* duquel cette partie est d'ailleurs largement inspirée. Il est recommandé également de s'informer afin de pouvoir faire un choix éclairé : poser des questions au personnel professionnel de la santé, médecins, pharmaciens et pharmaciennes, naturopathes ou autres.

## Les préparations orales

La voie orale est la façon la plus simple, la plus répandue et la plus économique de prendre des hormones. Par contre, les œstrogènes pris sous cette forme sont transformés par le foie, ce qui peut affecter son fonctionnement et celui de la vésicule biliaire. **Dans le cas de troubles hépatiques, il est donc recommandé de suivre l'hormonothérapie sous une autre forme.**

Les **œstrogènes** les plus couramment employés par voie orale sont commercialisés sous les marques suivantes :

- **Prémarine, C.E.S et Congest** : Ces produits sont composés d'œstrogènes conjugués de sources naturelles (œstrone et extraits d'urine de juments en gestation). **Prémarine** est le plus couramment prescrit. Les comprimés sont disponibles en plusieurs dosages. « Le plus haut dosage peut être prescrit aux femmes ménopausées chirurgicalement. Le plus faible a été jugé adéquat pour prévenir la perte osseuse quand il est accompagné d'un apport de calcium suffisant et d'exercices réguliers. » (Proulx-Sammut, 2001, p. 204.)
- **Estrace** : Il s'agit d'un produit composé d'œstrogènes de synthèse à base de l'œstradiol, principale hormone œstrogène sécrétée chez l'humain.
- **Ogen** : Produit composé d'œstrogènes de synthèse à base de sulfate d'œstrone.
- **Esthynil** : Ce produit est très puissant et donc, peu recommandé. Il est composé d'œstrogènes de synthèse à base d'éthinylestradiol, une hormone ayant une action proche de celle de l'œstradiol, mais plus prolongée.

Les **progestatifs** les plus couramment employés par voie orale sont commercialisés sous les marques suivantes :

- **Prometrium** : Il s'agit de la seule forme de progestérone de source végétale naturelle commercialisée au Canada depuis 1995.  
**Mise en garde** : La fabrication de ce produit requiert de l'huile d'arachide, ce qui rend son usage dangereux en cas d'allergie alimentaire. De plus, en raison de son effet calmant qui provoque de la somnolence, on recommande de prendre ce produit en soirée.
- **Provera** : Il s'agit de l'hormone synthétique la plus répandue en Amérique du Nord. **On préconise maintenant des doses plus faibles de ce produit.**
- **Colprone** : Ce produit découle du même dérivé que le **Provera** et peut constituer une solution de rechange à ce dernier, en cas d'adaptation difficile.

## Les préparations transdermiques

Cette désignation signifie que l'hormone est absorbée par la peau, soit par un timbre transdermique, communément nommé "patch", que l'on applique une à deux fois par semaine, soit par un gel appliqué sur la peau. Les hormones sont libérées de façon continue dans le sang, sans passer par le foie. **Les risques de complications au foie et à la vésicule biliaire sont donc réduits.** Il est possible de voir apparaître des rougeurs ou des irritations cutanées.



**Notez bien :** Il ne faut jamais appliquer ces préparations sur les seins ou les muqueuses.

Les préparations transdermiques, contenant des **œstrogènes seulement**, sont commercialisées sous les marques suivantes :

- **Estraderm, Vivelle, Oesclim et Climara :** Ces produits sont des timbres transdermiques qui ont pour seule différence le dosage.
- **Estrogel :** Ce produit est disponible depuis l'automne 1998. Il s'agit d'un gel contenu dans un flacon doseur, ce qui rend son application plus facile.

Les préparations transdermiques, contenant des **œstrogènes associés à des progestatifs**, sont commercialisées sous les marques suivantes : **Estracomb et Estalis.**

### Les préparations vaginales

Ces préparations sont prévues pour l'administration d'œstrogènes seuls et sont donc déconseillées aux femmes ayant toujours leur utérus. (Proulx-Sammut, 2001, p. 93.) Elles sont présentées en crèmes, en gelées, ou en suppositoires que l'on insère dans le vagin à l'aide d'un applicateur. Ce dernier produit peut être très efficace pour reconstituer les tissus vaginaux. Il est particulièrement apprécié des femmes souffrant de symptômes urogénitaux, tels que les démangeaisons, les brûlures, la sécheresse vaginale et les pertes urinaires.

**Notez bien :** Ces préparations, absorbées directement par la circulation sanguine, rendent difficile le contrôle de la quantité d'œstrogènes qui se retrouvent dans l'organisme.

Ces préparations sont commercialisées sous les marques suivantes : **Prémarine, Ortho Dienestrol, et Oestrilin.**

Il existe également un anneau vaginal qui peut être laissé en place pendant trois mois sans nuire aux rapports sexuels. Commercialisé sous la marque **Estring**, il libère de façon continue une faible dose d'œstradiol, une hormone contenue dans les œstrogènes. Cette méthode comporte des avantages puisqu'elle ne coule pas comme les crèmes, et agit localement. Ces avantages sont remarquables en particulier chez les femmes qui ont des problèmes génito-urinaires.

### Les préparations intramusculaires

Il s'agit d'injections d'œstrogènes qui pénètrent dans l'organisme à travers les muscles. Cette méthode a pour principal désavantage l'impossibilité d'arrêter le traitement en cas de complication, étant donné son action prolongée de trois mois. De plus, elle est coûteuse et comporte plusieurs effets secondaires.

Il y a des indications précises pour ce genre de traitement. Cette voie d'administration est plutôt conseillée aux femmes immédiatement après une ovariectomie bilatérale (ablation des deux ovaires), puisqu'elle agit pendant trois mois.

### La préparation avec des androgènes

Les androgènes ne sont jamais prescrits sans œstrogènes et progestatifs, dans les cas où les femmes ont encore leur utérus. Ces hormones, incluant la testostérone, peuvent avoir un effet important sur la libido, le manque de

désir sexuel et l'humeur. À la ménopause, la production de testostérone des ovaires, des glandes surrénales et du tissu adipeux chute de moitié. Les hormones androgènes sont utilisées pour pallier le manque de désir sexuel ou en présence d'une fatigue importante.

Un traitement comportant des androgènes peut occasionner l'apparition de phénomènes de virilisation comme l'hirsutisme ou l'apparition de poils indésirables. On signale également un risque accru des maladies cardiovasculaires et certains effets toxiques au foie.

**Notez bien :** À la suite d'une ablation des ovaires, le taux de testostérone s'abaisse, mais se maintient dans les limites "normales". Il ne serait donc pas nécessaire de prendre des hormones androgènes.

## Réflexion sur l'industrie pharmaceutique

Cette liste des différents produits pharmaceutiques est évidemment incomplète, puisque les recherches sont constamment en cours. De nouvelles voies d'administration sont testées et mises en marché chaque année. La variété des produits hormonaux faisant l'objet de recherche est impressionnante : implants sous-cutanés, implants biodégradables, disque adhésif simple ou combiné, gel transdermique, "linguettes" (comprimés à laisser fondre sous la langue), suppositoires vaginaux, tablettes "intravaginales", stérilet, vaporisateur nasal, etc. Cette ferveur des compagnies pharmaceutiques à créer de nouveaux produits ainsi que l'énergie investie pour les promouvoir auprès des médecins suscitent plusieurs questions et réflexions.

- « Quels sont les véritables enjeux qui se jouent ? Intérêts financiers et intérêts pour la santé future des femmes ? » (Proulx-Sammut, 2001, p. 209.)
- Étant donné l'état des recherches actuelles sur l'hormonothérapie tendant à démontrer que les risques peuvent l'emporter sur les bienfaits, pourquoi tant de recherches sont-elles réalisées sur les différents modes d'administration de cette thérapie ? Ne serait-il pas plus judicieux et pertinent de mettre plus d'énergie sur des recherches concernant l'efficacité de cette thérapie ?
- « Le gain net de la prise d'hormones pour la prévention d'une mort prématurée est donc de moins de 1 %. Pourquoi les compagnies pharmaceutiques n'investissent-elles pas pour découvrir qui est cette femme sur cent que les hormones pourraient sauver d'un décès prématuré ? » (Lépine, Ruelens, 2002, p. 51-52.)
- Sommes-nous toujours bien informées sur toutes les substances que contient un produit pharmaceutique ? Par exemple, il arrive que des tranquillisants soient dissimulés dans les œstrogènes. Lucette Proulx-Sammut mentionne le cas du Menrium.
- Comment sont fabriquées les différentes hormones ? Est-ce toujours effectué dans le respect d'une conscience morale ? Certains médecins dénoncent, par exemple, l'utilisation abusive<sup>2</sup> des chevaux dans le traitement aux œstrogènes conjugués, commercialisé, entre autres, sous la marque Prémairine.

---

<sup>2</sup> Effectivement, ce médicament est produit en maintenant des juments en gestation dans des endroits très étroits, les empêchant pratiquement de bouger.

- Lorsqu'une hormonothérapie est prescrite, jusqu'à quel point repose-t-elle sur un bilan de santé complet à partir duquel la femme est bien informée des contre-indications, des risques et des effets secondaires potentiels ? A-t-elle été informée des alternatives possibles ?

Il ne s'agit pas ici de culpabiliser les femmes qui adoptent l'hormonothérapie ou encore de faire de la propagande "anti-hormonothérapie", mais il importe pour chacune de se responsabiliser par rapport à ses choix médicaux. Pour ce, il faut, évidemment, connaître ses besoins, s'informer, et savoir qu'il existe des approches alternatives et complémentaires. En mettant l'accent sur certaines pistes d'informations, on peut rendre les femmes attentives à certains sujets et faire en sorte qu'une information critique soit accessible.

Comme nous l'avons vu, l'hormonothérapie peut être efficace et particulièrement recommandée pour **certaines femmes**. Ce n'est pas pour toutes les femmes ! **Les valeurs, les besoins, les difficultés, les facteurs de risque, enfin, la réalité de chaque femme étant différente, la décision d'entreprendre ou non l'hormonothérapie doit être personnelle.**

Enfin, toute la médiatisation de la ménopause et de l'hormonothérapie renvoie aux valeurs de notre société occidentale et nord-américaine. Pourquoi existe-t-il certaines situations, dans notre société, qui rendent le vécu de la ménopause si difficile ? D'où viennent ces perceptions négatives du mitan de la vie ? Dans plusieurs sociétés non occidentales, le mitan de la vie, tout comme la ménopause, sont moins associés à une image négative du vieillissement porteuse de maladies physiques et psychologiques.

## Prise de décision en matière d'hormonothérapie

Pour être en mesure de faire son choix en regard de l'hormonothérapie, il est essentiel de tenir compte, notamment, des risques, des bienfaits et des différentes options que ce traitement comporte. Il est tout aussi important de s'interroger sur ses valeurs, ses besoins et sa réalité. Voici quelques questionnements pouvant soutenir une telle réflexion et aider à prendre une décision. (Voir aussi l'exercice proposé plus loin "L'hormonothérapie : est-ce pour moi ?")

### Identifier ses valeurs

Prendre conscience de ses valeurs personnelles peut aider à choisir entre diverses options privilégiées pour atténuer ou mieux vivre les manifestations de la ménopause.

- Le bien-être physique : s'assurer d'un confort, d'une meilleure qualité de vie.
- La sécurité : avoir la certitude que les options choisies ne comportent aucun risque ou des risques minimes.
- La simplicité : opter pour des choix faciles à faire ou exigeant le minimum de démarches.
- L'autonomie : se donner du temps, prendre le temps, avoir tous les éléments en main afin de faire un choix éclairé.
- La performance : pouvoir maintenir ses capacités fonctionnelles, son rythme et son niveau d'énergie.
- La prévention : tenter de réduire son niveau de risque de souffrir d'un problème de santé. (Voir la fiche *Médicalisation croissante*.)
- Autres.

La ménopause est un phénomène naturel qui s'inscrit dans le processus normal du vieillissement. Ce n'est pas une

maladie à guérir, mais bel et bien un passage de vie qui peut être plus difficile pour certaines, mais également réjouissant pour d'autres. Il peut être aidant de questionner sa vision de la ménopause.

- Comment est-ce que je perçois et vis ma ménopause ?
- Est-ce que j'y vois des aspects positifs ? Est-ce que je la conçois comme une étape de la vie me permettant de faire un bilan de santé, d'effectuer des changements, d'apprendre à mieux me connaître, de m'accorder plus d'attention, d'élaborer de nouveaux projets ?
- À quel point la ménopause entrave-t-elle ma qualité de vie actuelle ?

### **Définir ses besoins**

Quels besoins peuvent être comblés par l'hormonothérapie ?

### **Soulager certaines manifestations désagréables?**

Il peut être éclairant de porter attention aux changements qui se produisent dans notre corps pendant la période de la ménopause, et au contexte dans lequel ils se vivent.

- Suis-je sujette à des manifestations désagréables ? Lesquelles ?
- Peuvent-elles être reliées à mes conditions de vie actuelles ?
- Sont-elles associées essentiellement à ma ménopause ?
- Quelles en sont la fréquence et l'intensité ?
- S'agit-il d'un désagrément ou d'un inconvénient sérieux ?
- Quelles pourraient être les différentes façons d'atténuer ces manifestations ?  
(Changements dans les conditions ou habitudes de vie, approches alternatives ou complémentaires, hormonothérapie, etc.)

### **Prévenir certains problèmes de santé ?**

- Suis-je inquiète à l'idée de développer certains problèmes de santé comme l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer ?
- Si oui, quels sont mes facteurs de risque réels face à ces problèmes de santé ?  
(Voir les exercices dans les fiches du même thème : "L'ostéoporose, suis-je à risque ?" et "Les maladies cardiovasculaires, suis-je à risque ?")

**Un bilan de santé complet** s'avère le meilleur outil pour évaluer le niveau de risques quant à un problème de santé. Cette évaluation comporte plusieurs dimensions, notamment les facteurs de risque héréditaires, l'état de santé actuel, le mode de vie comme l'alimentation, l'activité physique, la prise de médicaments, le tabagisme.

- Est-ce que je dispose de tous les moyens pour faire mon bilan de santé complet, le goût, le temps, l'énergie, et un ou une médecin disponible ?
- Est-ce que l'hormonothérapie peut aider à prévenir les problèmes de santé qui me concernent ? (Voir plus haut la section "Analyse des bienfaits et des risques de l'hormonothérapie" ainsi que les fiches *Médicalisation croissante, Ostéoporose et Maladies cardiovasculaires.*)

- Comment prévenir ces problèmes de santé autrement qu'en entreprenant l'hormonothérapie ? (Voir les cahiers *Alimentation*, *Activité physique* et *Médecines alternatives et complémentaires*.)

### S'interroger sur sa réalité

Il peut être intéressant de se questionner sur les raisons qui rendent l'expérience de la ménopause plus difficile, afin d'évaluer ce que l'hormonothérapie peut y changer. Bien que l'hormonothérapie puisse agir sur certaines manifestations désagréables, elle n'a pas le pouvoir de réduire, par exemple, le stress généré par une situation familiale difficile. Par contre, l'hormonothérapie peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie en enrayant certaines manifestations qui représentent un inconvénient sérieux pour certaines femmes. Ainsi soulagées, ces dernières peuvent être mieux disposées à faire face à diverses situations exigeantes de leur vie. On peut se poser certaines questions à ce sujet.

- En quoi les manifestations de ma ménopause représentent-elles un inconvénient sérieux dans ma vie actuelle ?
- En quoi ma qualité de vie sera-t-elle améliorée par le soulagement de ces manifestations ?
- Est-il possible d'apporter des changements dans mes habitudes ou dans mes conditions de vie afin d'atténuer ces manifestations désagréables et d'améliorer ma qualité de vie ? À quel point ces changements sont envisageables ?

### S'informer

Il est important de **varier ses sources d'information** pour bien s'informer sur les bienfaits et les risques de l'hormonothérapie. Ceci permet d'enrichir sa réflexion à plusieurs points de vue. On évite ainsi de se limiter à une vision unique ou de développer une opinion trop partielle. Une information critique jumelée à une démarche de réflexion personnelle permet à chaque femme concernée de répondre plus adéquatement à ses besoins selon ses valeurs et sa réalité.

Certaines informations font l'objet d'un consensus médical. Cependant, les faits peuvent être minimisés ou accentués selon la vision ou les intérêts des parties en cause. En ce qui concerne l'hormonothérapie, plusieurs incertitudes scientifiques subsistent toujours. L'écoute de soi et la vigilance quant aux informations disponibles sont d'excellents atouts. (Voir la section "Se donner du pouvoir" dans la troisième partie de la trousse.)

- Lorsque je cherche une information, quelle est ma démarche habituelle ?
- Quelles sont mes principales sources d'information, une personne proche, un ou une médecin, les médias ?
- De quelle façon est-ce que j'évalue la crédibilité de mes sources d'information ?
- Quels sont mes critères pour sélectionner et retenir une information ?

### • Prendre une décision éclairée

Avec l'aide de son ou sa médecin, il faut s'assurer que l'hormonothérapie est indiquée pour son état de santé.

- Est-ce que les bienfaits de l'hormonothérapie, pour moi, sont plus grands que les risques encourus ?

- Est-ce que je connais mes facteurs de risque quant à l'hormonothérapie ?
- Est-ce que je connais les contre-indications ou les problèmes de santé à surveiller en ce qui a trait à l'hormonothérapie ?
- Est-ce que je connais les effets secondaires possibles ?
- Serais-je prête à tolérer les effets secondaires pour que mes malaises associés à la ménopause soient soulagés ?
- Comment est-ce que j'envisage, par exemple, la prise quotidienne d'un médicament et le suivi médical nécessaire ?
- Serais-je à l'aise de questionner mon ou ma médecin sur les différents traitements possibles, les voies d'administration, les dosages, et autres questions ?

### **S'assurer de la justesse de son choix**

Vous pouvez être sûre de votre choix lorsque :

- Vous avez obtenu réponse à toutes vos interrogations ;
- Votre décision comporte plus d'avantages que d'inconvénients ;
- Vous êtes à l'aise avec les inconvénients inévitables ;
- Votre décision respecte vos valeurs, votre réalité et vos besoins actuels, qui peuvent changer et être réévalués.

(Source : Centre de santé des femmes de l'Estrie.)

### **Conclusion**

Les effets des hormones sur le corps des femmes ont été assez peu connus pendant longtemps et les recherches commencent à peine à les dévoiler. Bien qu'il existe certains bienfaits à l'hormonothérapie, les risques s'avèrent parfois plus importants que ces bienfaits. C'est pourquoi, il est primordial de tenir compte de ses besoins et de sa réalité, et d'évaluer ses facteurs de risque avant d'avoir recours à ce traitement.

L'hormonothérapie apparaît bénéfique pour un nombre restreint de femmes. Elle est loin d'être un impératif ! Certains changements dans les conditions ou les habitudes de vie et plusieurs approches alternatives et complémentaires peuvent être adoptés pour atténuer les diverses manifestations de la ménopause ou pour prévenir certains problèmes de santé. (Voir le cahier *Médecines alternatives et complémentaires*.)



## Références



### BIBLIOGRAPHIE

HERRINGTON, D.M. et al. (2000) « Effects of estrogen replacement on the progression of coronary-artery atherosclerosis ». *New England Journal of Medicine*. Vol. 343, no 8 (August 24), p. 522-529.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). (2000). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, 642 p. (Collection la santé et le bien-être).

LACEY, J.V. et al. (2002). « Menopausal hormone replacement therapy and risk of ovarian cancer ». *JAMA*. Vol. 288, no 3 (July).

Disponible sur Internet, référence du 7 février 2004 :

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12117398&opt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12117398&opt=Abstract)

LEE, J.R. (2000). *Tout savoir sur la préménopause : approches naturelles et équilibre hormonal*. Vanne : Sully, 384 p.

LÉGARÉ, F., MOREAU, A. (2000). « Mise à jour sur l'hormonothérapie substitutive ». *Le médecin du Québec*. Vol. 35, no 3 (Mars), p. 75-81.

LÉPINE, P., RUELENS, D. (2002). *La ménopause : aux hormones ou au naturel ? : une approche intégrée*. Outremont : Quebecor, 170 p.

Ce livre est une source d'information pertinente sur les récentes conclusions des recherches médicales concernant l'hormonothérapie. Le médecin Paul Lépine, qui analyse les données de recherches disponibles, nous donne son point de vue, ses interrogations et ses inquiétudes face à cette thérapie. Si on se fie à l'interruption de l'étude de la WHI, ces inquiétudes se sont avérées fondées. De plus, Danielle Ruelens explique en deuxième partie certains principes de la naturopathie pouvant être appliqués à la ménopause, nous informant de ce fait sur une des alternatives possibles aux traitements hormonaux.

NELSON, E.M. (2001). *L'ostéoporose : prévenir, traiter et vaincre la maladie*. (Montréal) : Le Jour, 393 p.

O'GRADY, K., BOURRIER-LACROIX, B. (2003). « Reprise de la ménopause : un nouveau regard sur l'hormonothérapie et la médicalisation du corps féminin ». *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*. Vol. 5-9, nos 4-1, p.3-4.

Disponible sur Internet, référence du 7 février 2004 : <http://www.cwhn.ca/network-reseau/6-1f/6-1pg1.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases : report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Genève : OMS, 149 p. (Who Technical Report Serie ; 916).

Disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr20/fr/>

PROULX-SAMMUT, L. (2001). *La ménopause mieux comprise, mieux vécue : des réponses aux besoins des femmes des années 2000*. Nouv. éd. rev. et corr. Montréal : Pierre Nadeau, 333 p.

Ce livre est très complet et traite de la ménopause en général. Il comporte un chapitre sur l'hormonothérapie qui est particulièrement intéressant pour son historique et ses mises en garde. De plus, il apporte plusieurs informations très précises sur les différentes formes de traitement et les médicaments à base d'hormones.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (SCC). (2004). « La Société canadienne du cancer rend publique sa recommandation à propos de l'hormonothérapie substitutive combinée ». *SCC*.

Disponible sur Internet, référence du 7 février 2004 :

[http://www.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,,3172\\_15232\\_147260864\\_langId-fr.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,,3172_15232_147260864_langId-fr.html)

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). (2001). « Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose ». *Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada*. No 108, (sept).

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). (2002a). *Consensus canadien sur la ménopause et l'ostéoporose : révisions et commentaires*. Ottawa : SOGC, 8 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). (2002b). « Énoncé de principe de la SOGC au sujet de rapport WHI sur l'utilisation d'estrogènes et de progestatifs par les femmes post-ménopausées ». *Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Octobre, p. 793-802.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). (2002c). « Déclaration de principe conjointe : hormonothérapie substitutive et maladie cardiovasculaire ». *Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Vol. 24, no 7, p. 580-582.

WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (WGWHII). (2002). « Risks and benefits of estrogen plus progestin in health initiative investigators ». *JAMA*. Vol.288, no 3 (July).

Résumé disponible sur Internet, référence du 30 janvier 2004 :  
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/288/3/321>

## ORGANISMES ET SITES INTERNET

### DES Action-Canada

Adresse Internet : [www.web.net/~desact/](http://www.web.net/~desact/)

### Réseau canadien pour la santé des femmes

Adresse Internet : [www.cwhn.ca/](http://www.cwhn.ca/)

### Réseau Proteus

Adresse Internet : [www.reseauproteus.net/](http://www.reseauproteus.net/)

### Société canadienne du cancer (SCC)

Adresse Internet : [www.cancer.ca/](http://www.cancer.ca/)

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

Adresse Internet : <http://sogc.medical.org>

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



## L'hormonothérapie : est-ce pour moi ?

Cet outil vous propose une démarche afin de vous aider à faire un choix éclairé quant à l'hormonothérapie. Il pourrait également être utile pour préparer une rencontre médicale sur cette question.

### Mes valeurs

Quelles valeurs guident habituellement mes choix en matière de santé ? Prendre conscience de ces valeurs peut m'aider à comprendre ma façon d'envisager la ménopause et pourquoi je privilégie certaines options pour atténuer ou mieux vivre ces manifestations.

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

---

- La sécurité : avoir la certitude que les options choisies ne comportent aucun risque ou des risques minimes.

---

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

---

- L'autonomie : se donner du temps, avoir tous les éléments en main afin de faire un choix éclairé.

---

- La performance : pouvoir maintenir ses capacités fonctionnelles, son rythme et son niveau d'énergie.

---

- La prévention : tenter de réduire son niveau de risque de développer un problème de santé.

---

- Autres : \_\_\_\_\_

---

### Les manifestations spécifiques ou non à la ménopause

J'observe les changements dans mon corps. Lesquels sont associés essentiellement à ma ménopause ? Lesquels dépendent plutôt de mes conditions de vie ? Ces manifestations sont-elles pour moi un désagrément ou un inconvénient sérieux ?

| Manifestation              | Non applicable           | Liée à mes conditions de vie | Liée à la ménopause      | Un désagrément           | Un inconvénient sérieux  |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bouffées de chaleur        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sueurs nocturnes           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles des règles        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes génito-urinaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ostéoporose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Manifestation                  | Non applicable           | Liée à mes conditions de vie | Liée à la ménopause      | Un désagrément           | Un inconvénient sérieux  |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prise de poids                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête et migraines      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la mémoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du sommeil et fatigue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilité                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dépression                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Parmi les **manifestations associées à mes conditions de vie**, y a-t-il des changements qu'il est réaliste d'envisager ?

Dans ma situation familiale : \_\_\_\_\_

Dans le travail : \_\_\_\_\_

Dans mon alimentation : \_\_\_\_\_

Dans mes activités physiques : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

## Mon bilan de santé

J'évalue mes facteurs de risque quant à l'hormonothérapie. Il existe des contre-indications absolues à l'hormonothérapie lors des situations suivantes.

**Éléments de mon bilan de santé pour lesquels il y a une contre-indication absolue à l'hormonothérapie**

|  | Oui                      | Non                      | Je ne sais pas           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Saignements vaginaux inexpliqués   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grossesse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies du foie en phase active   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles thromboemboliques actuels ou remontant à moins de 6 mois                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Histoire personnelle de cancer du sein   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Histoire personnelle de cancer de l'endomètre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Contre-indication ne faisant pas l'objet d'un consensus dans les milieux médicaux :</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies cardiovasculaires *   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* D'après les résultats de l'étude de la WHI (2002) et de l'étude HERS (1998), notamment, il ne faut pas prescrire l'hormonothérapie à une femme souffrant déjà de cardiopathie (maladie du cœur). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada est moins radicale et recommande pour sa part de ne pas la prescrire à titre préventif. On comprend qu'il s'agit d'une question qui ne fait pas encore consensus dans les milieux médicaux. Des études supplémentaires seront nécessaires pour mesurer les risques de l'hormonothérapie pour les femmes souffrant de maladies cardiaques.

Si vous avez répondu «Je ne sais pas» à l'une de ces questions, il est **essentiel** de trouver la réponse avant de choisir l'hormonothérapie.

Si vous avez répondu «Oui» à l'une de ces questions, vous ne devriez pas adopter l'hormonothérapie.

### Mon bilan de santé (suite)

Est-ce que certains aspects de ma santé exigent une attention particulière ?

| Problèmes exigeant une <b>attention particulière</b> | Oui                      | Non                      | Je ne sais pas           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Migraines  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de thromboembolie veineuse               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertriglycéridémie familiale                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de maladies du foie                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endométriose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Peut-être vous sera-t-il difficile de répondre à certaines de ces questions. Dans le doute, un bilan de santé complet peut être souhaitable. Si un ou une médecin vous propose l'hormonothérapie sans évaluer ces différents éléments, prenez garde ! Demandez à ce que ce soit fait ou, au besoin, consultez un ou une autre médecin.

Avant d'arrêter votre choix, certains éléments doivent être considérés et discutés avec le personnel professionnel de la santé, notamment le tabagisme, les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, la prise de médicaments prescrits ou non et la prise de suppléments ou de produits naturels.

## **Choix du traitement hormonal**

Plusieurs essais sont à prévoir avant de trouver "la formule" qui vous conviendra le mieux. À moins d'une complication, chaque essai devrait durer environ trois mois.

Voici l'ensemble des éléments que vous pourriez discuter avec votre médecin.

### **1. Le type d'hormones employées :**

- a) Œstrogènes, progestatifs, androgènes;
- b) Seules ou combinées (deux types d'hormones et plus);
- c) Naturelles ou synthétiques (elles comportent sensiblement les mêmes effets thérapeutiques, risques et inconvénients).

### **2. Le choix du régime :**

- a) Cyclique (avec interruption durant le mois);
- b) Continu (sans interruption).

### **3. La voie d'administration :**

- a) Préparations orales (déconseillées pour celles ayant des troubles du foie);
- b) Préparations transdermiques (à ne jamais appliquer sur les seins ou les muqueuses);
- c) Préparations vaginales (comportent une difficulté à contrôler les quantités absorbées par l'organisme);
- d) Préparations intramusculaires (peu recommandées, car il est impossible d'arrêter le traitement en cas de complication);
- e) Autres méthodes actuellement à l'étude et possiblement sur le marché sous peu (implants sous-cutanés, suppositoires vaginaux, vaporisateur nasal, et autres).

### **4. La marque :**

- a) Y a-t-il des différences entre les produits de même type proposés par différents fabricants?
- b) Existe-t-il un produit générique moins cher?

### **5. Les effets secondaires possibles :**

- a) Nausées;
- b) Vomissements;
- c) Prise de poids;
- d) Gonflement et sensibilité des seins;
- e) Modification des lipides sanguins;
- f) Rétention d'eau;

- g) Irritations cutanées;
- h) Sautes d'humeur;
- i) Irritabilité;
- j) Autres : \_\_\_\_\_

**6. Les complications à surveiller :**

- a) Des saignements vaginaux inexplicés;
- b) Des maux de tête;
- c) Des crampes ou douleurs abdominales;
- d) Des douleurs aux jambes;
- e) Des nausées ou vomissements;
- f) Autres :

**Mise en garde :**

Si vous êtes inquiète ou si des complications apparaissent, consultez sans délai.