

**Jeudi 14 mars 2019**

**La Providence**  
*Hôpital*

**Dr Catherine Waeber Stephan**



**La mère d'Albrecht Dürer  
(âgée de 62 ans) 1515**



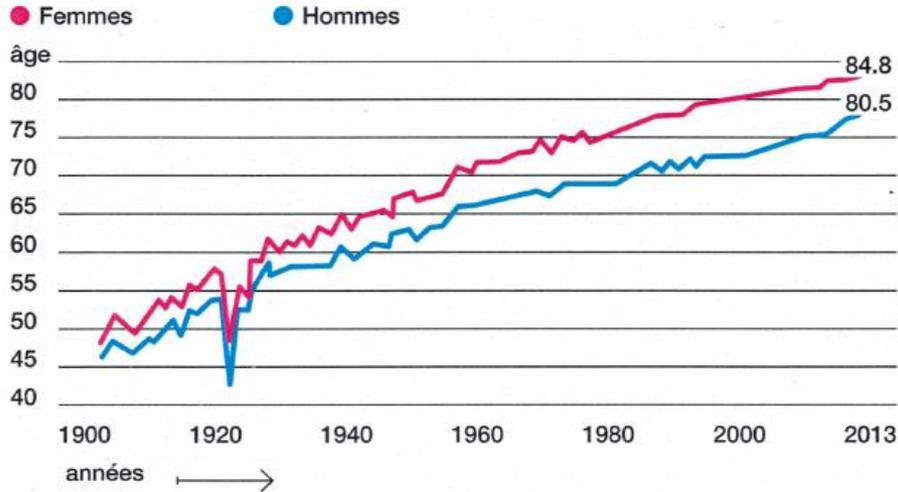
**Dresse Catherine Waeber Stephan  
(âgée de 72 ans) 2019**

^72

# La longévité promise à un bel avenir ...

## L'espérance de vie dépasse les 80 ans en Suisse

Evolution de l'espérance de vie moyenne à la naissance

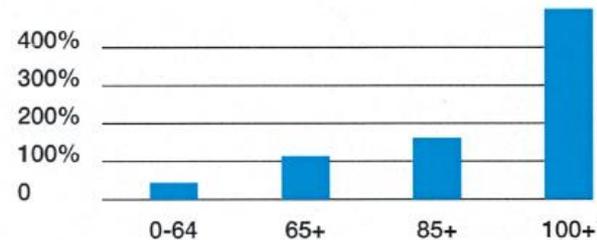
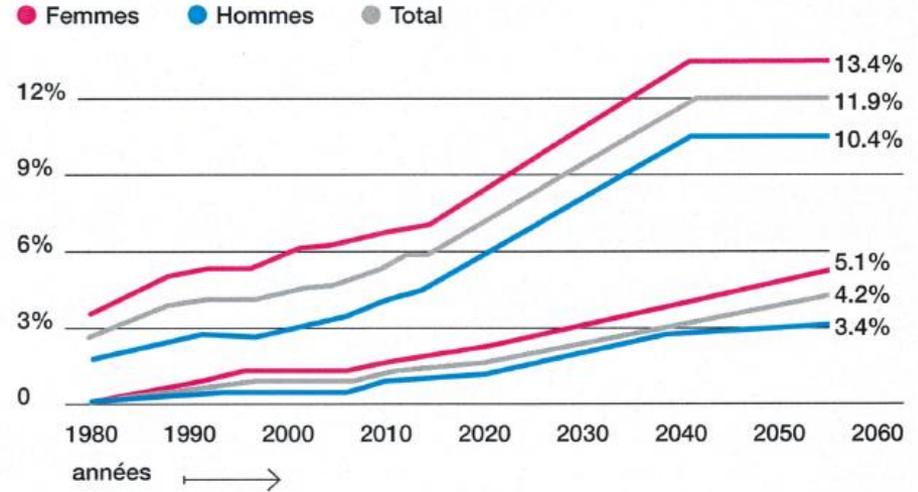


## Monde : Une explosion de centenaires

Evolution de la population mondiale par groupe d'âge entre 2005 et 2030

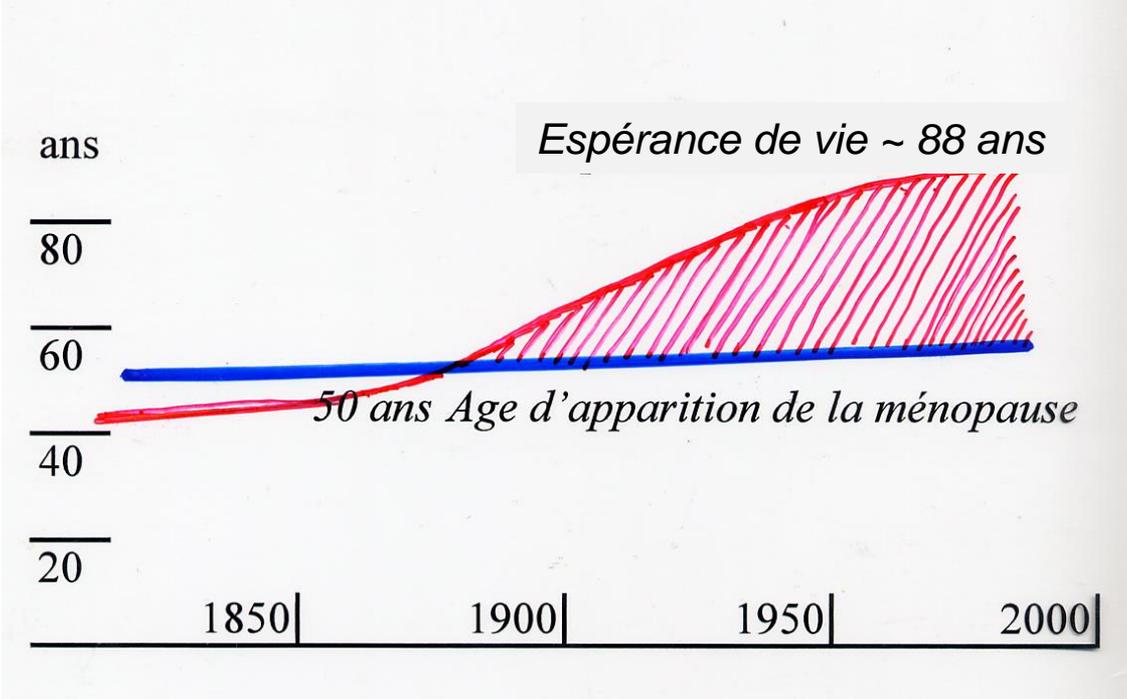
## Deux fois plus d'octogénaires qu'avant

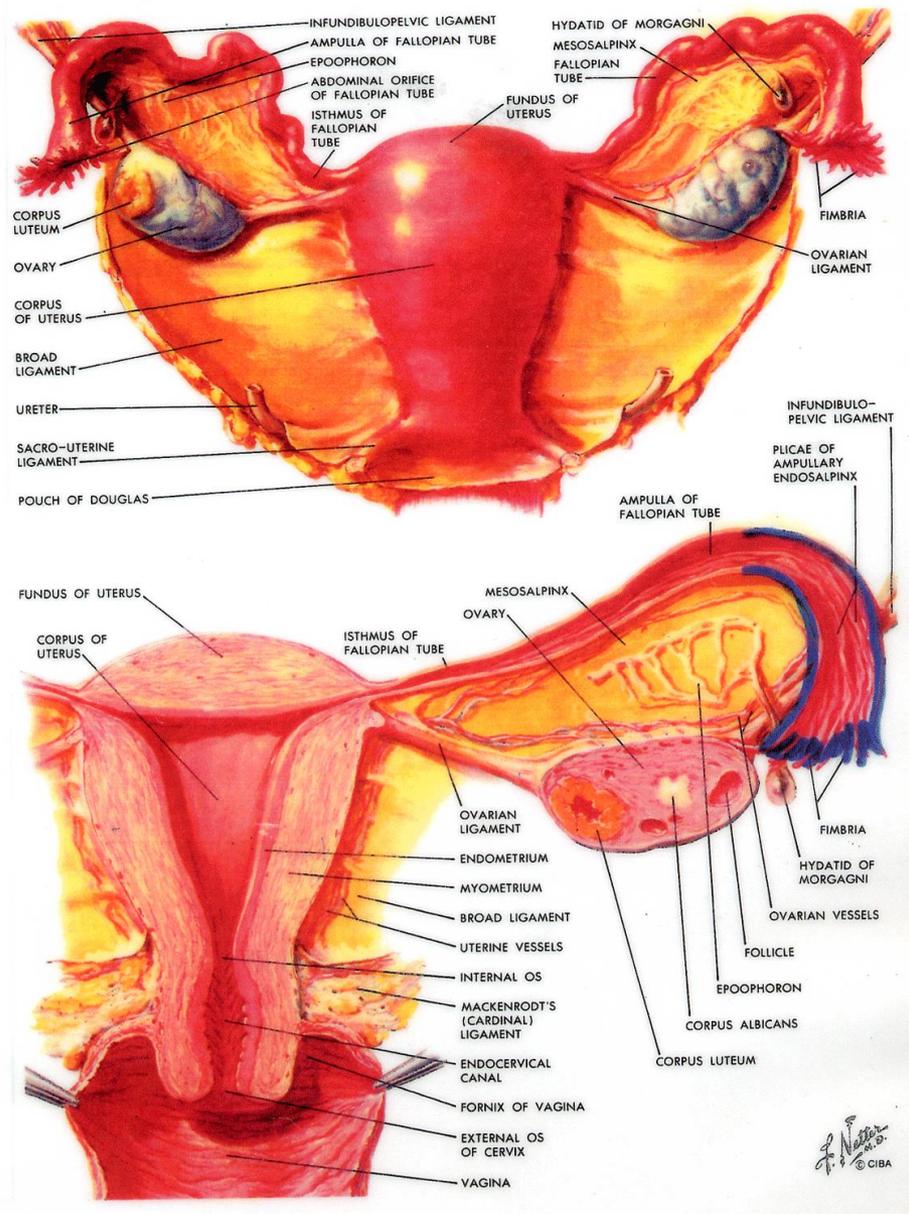
Evolution du taux de personnes de plus de 80 ans en Suisse

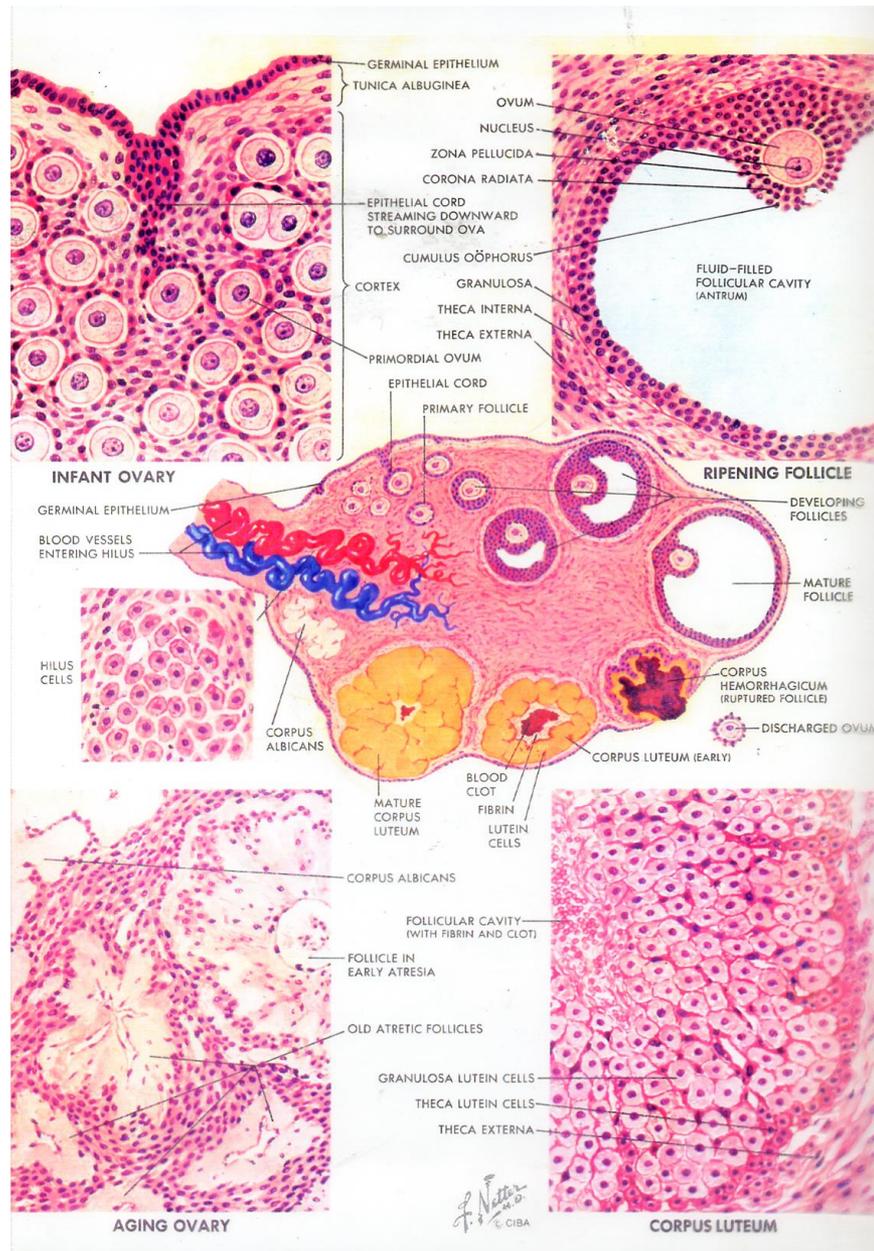


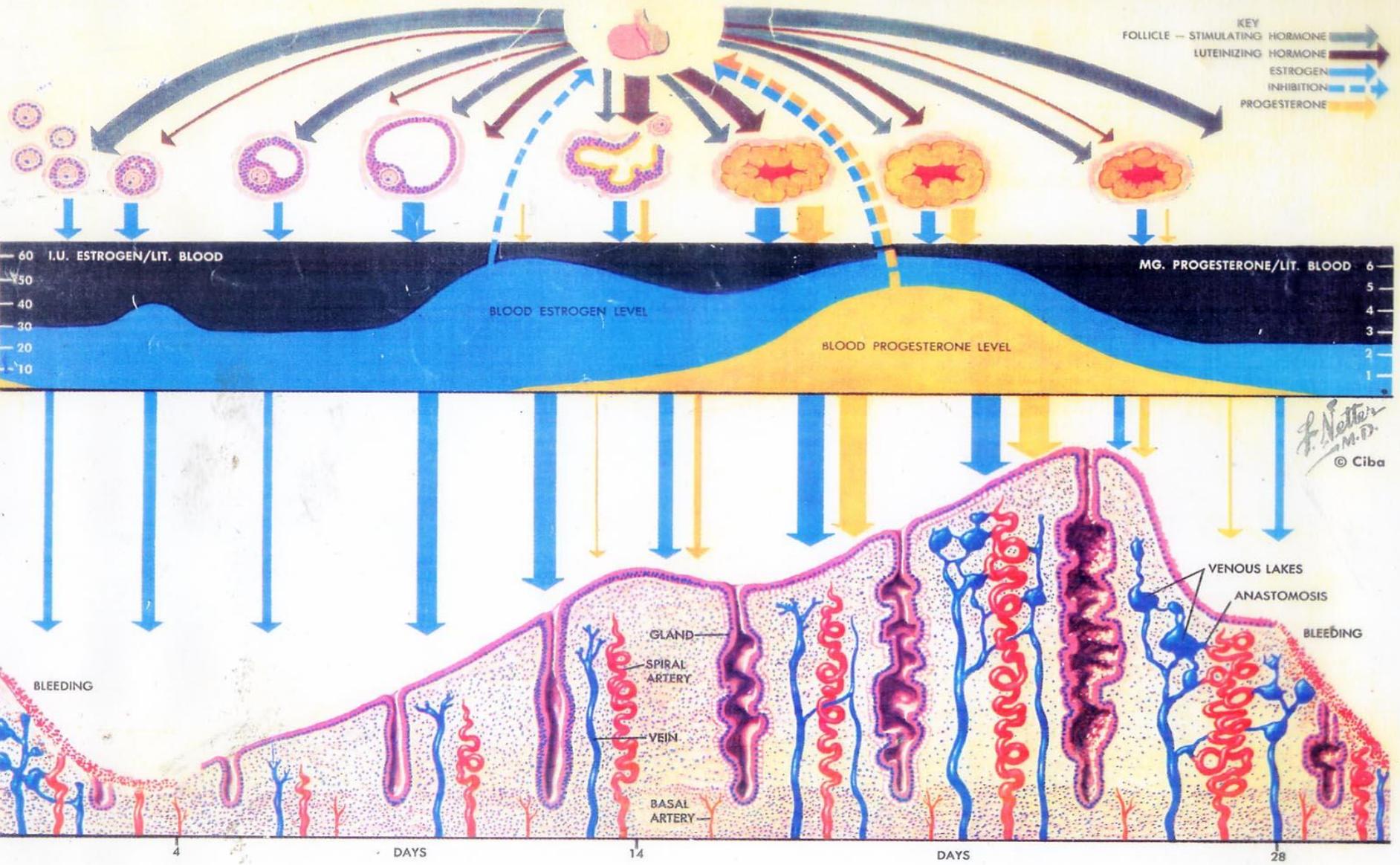
# La ménopause

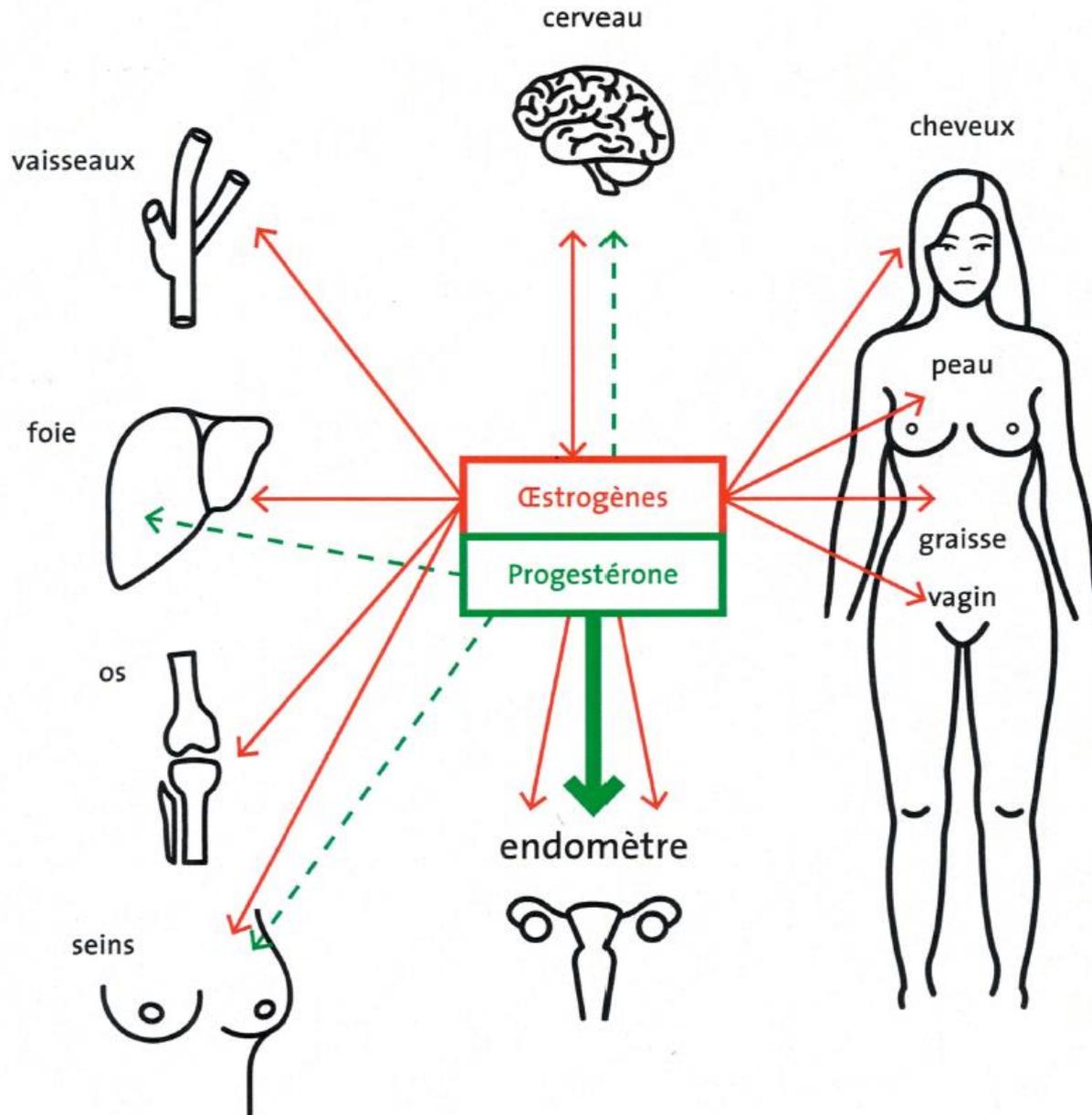
Une problématique de la 2ème moitié du XXe siècle

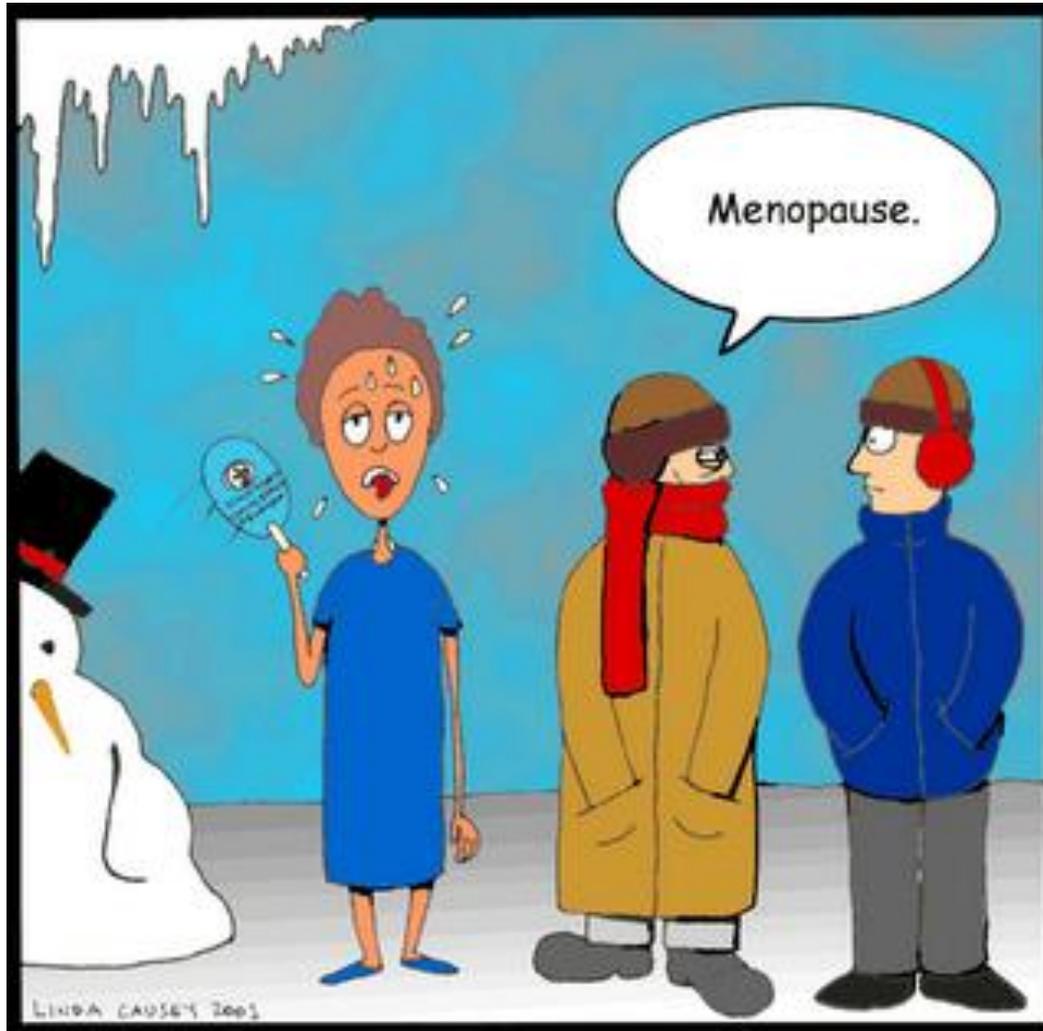






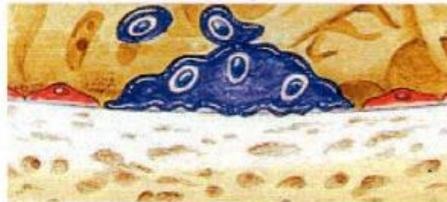
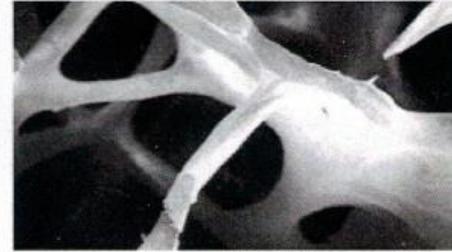
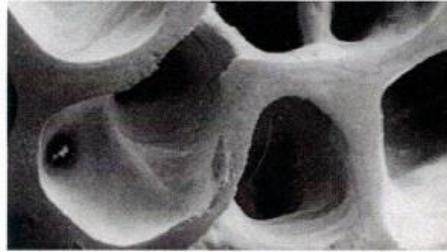




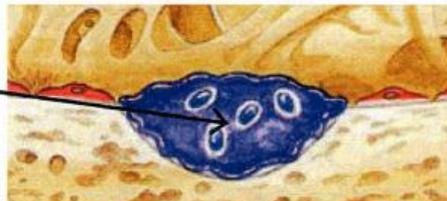


Taux normal d'œstrogènes  
Remodelage osseux normal

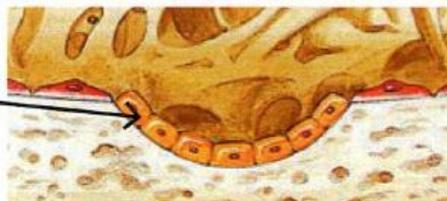
Déficit d'œstrogènes  
Remodelage osseux accéléré



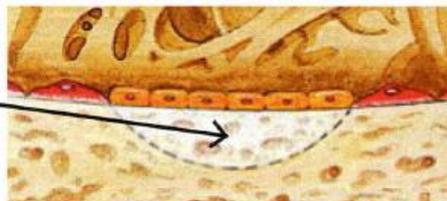
Ostéoclastes  
Résorption



Ostéoblastes  
Formation



Os nouveau



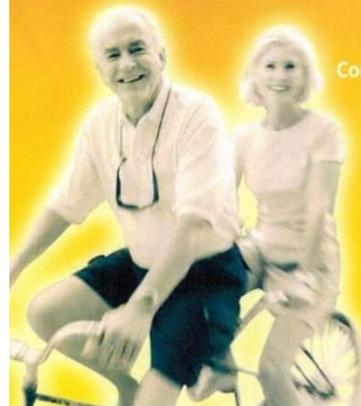
# Vitamine D

pour chaque période de la vie



Nouvelles recommandations sur l'apport en Vitamine D de la commission fédérale de l'alimentation (COFA) 2012 <sup>1,2)</sup>

Période de la vie	Population suisse	Les patients avec carence en vitamine D (Concentration de 25(OH)D < 25 nmol/l)	Limite supérieure de sécurité
	Apport journalier recommandé	Apport journalier recommandé	Apport par jour
<b>Nourrissons / Petits enfants</b>			
0 - 6 mois	400 UI (10 µg)	400 - 1'000 UI (10 - 25 µg)	1'000 UI (25 µg)
6 - 12 mois	400 UI (10 µg)	400 - 1'000 UI (10 - 25 µg)	1'500 UI (37.5 µg)
1 - 3 ans	600 UI (15 µg)	600 - 1'000 UI (15 - 25 µg)	2'500 UI (62.5 µg)
<b>Enfants / Adolescents</b>			
4 - 8 ans	600 UI (15 µg)	600 - 1'000 UI (15 - 25 µg)	3'000 UI (75 µg)
9 - 18 ans	600 UI (15 µg)	600 - 1'000 UI (15 - 25 µg)	4'000 UI (100 µg)
<b>Adultes</b>			
19 - 59 ans	600 UI (15 µg)	1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg)	4'000 UI (100 µg)
<b>Séniors</b>			
60 ans et plus	800 UI (20 µg)	1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg)	4'000 UI (100 µg)
<b>Femmes enceintes / qui allaitent</b>			
	600 UI (15 µg)	1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg)	4'000 UI (100 µg)



Comment peut-on couvrir ce besoin en vitamine D?

- Pour la plupart des gens en Suisse, uniquement par une supplémentation.
- Les exceptions sont les personnes, qui passent régulièrement de longues périodes au soleil.
- Une supplémentation suffisante par l'alimentation ne peut être atteinte.
- La supplémentation est particulièrement importante pour les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, les femmes enceintes, les obèses, les personnes âgées, les personnes au type de peau foncée, pour tout autre risque accru de carence en vitamine D et en général pour les personnes s'exposant peu au soleil.

# Les maladies du cœur tuent plus les femmes que le cancer du sein

**Evolution** La crise cardiaque et l'AVC sont les premières causes de mortalité dans la population féminine. Et ça ne fait qu'augmenter. La faute, surtout, au mode de vie, que les femmes ont calqué sur celui des hommes.

## De quoi on parle

### ► Les faits

«Les femmes doivent rester vigilantes. En Suisse, les maladies cardiovasculaires sont, chez elles, la cause de décès No 1», a rappelé la Fondation suisse de cardiologie en lançant une nouvelle campagne baptisée «Femmes et cœur» à l'occasion de la Journée mondiale du cœur, le 29 septembre.

### ► La suite

L'information semble porter ses fruits. Depuis dix ans, les femmes sont plus nombreuses à se faire dépister.

**Elisabeth Gordon**

elisabeth.gordon@planetesante.ch

Les maladies cardiovasculaires ont longtemps été considérées – à juste titre – comme des affections qui

## L'infarctus

L'infarctus du myocarde (souvent appelé «crise cardiaque») est la cause de mortalité la plus fréquente chez les personnes de plus de 40 ans. Il se produit lorsque les artères coronaires, qui amènent le sang aux cellules du muscle cardiaque (myocarde), se bouchent. Privées d'oxygène, les cellules meurent et forment une cicatrice qui empêche la pompe cardiaque de se contracter correctement.

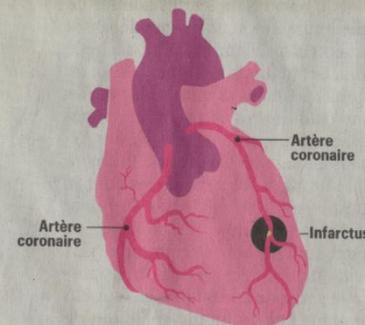
### Plaque d'athérome

L'accumulation de cholestérol (graisse), de tissu fibreux et de dépôt calcaire dans la paroi artérielle forme des plaques d'athérome (rétrécissement des canaux sanguins). L'hypertension, une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et le tabac sont des facteurs favorisant l'apparition de plaques.



### Circulation sanguine difficile

Avec le temps, la plaque d'athérome s'épaissit, rendant la circulation sanguine plus difficile (athérosclérose).



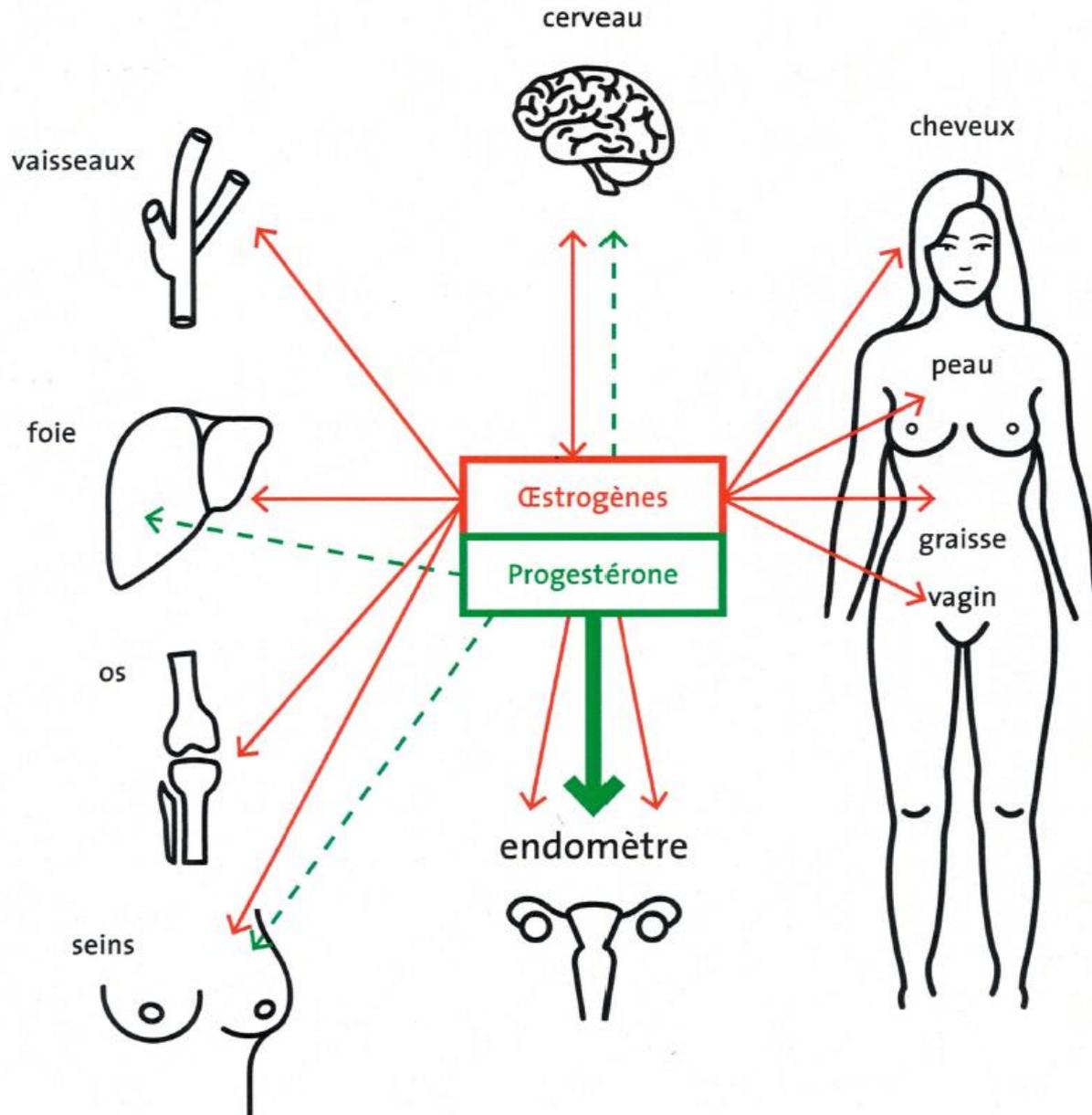
### Infarctus

L'obstruction totale de l'artère entraîne la mort (infarctissement) d'une partie plus ou moins grande du muscle cardiaque. Cette partie du cœur n'est plus capable de se contracter. Selon le degré

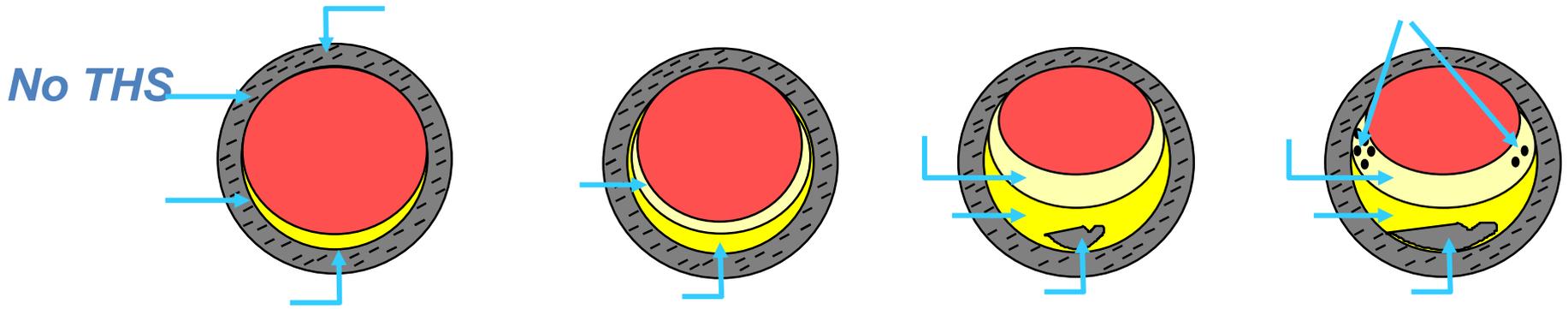
## Les gestes qui sauvent

Les signes annonciateurs d'un trouble cardiaque diffèrent chez les femmes et chez les hommes. En revanche, quand l'attaque cardiaque survient, les représentants des deux sexes présentent les mêmes symptômes: ils perdent connaissance et leur pouls n'est plus perceptible. Dans ce cas, chaque minute compte et une personne de l'entourage doit s'empresser de «faire un massage cardiaque – c'est le geste qui sauve – pendant qu'une autre appelle les secours», rappelle Danielle Zaugg Longchamp, cheffe de clinique en cardiologie au CHUV. Dans le même temps, si la victime de l'infarctus ne réagit pas et ne respire pas normalement, on doit utiliser un défibrillateur, lorsqu'un appareil est disponible dans les environs.

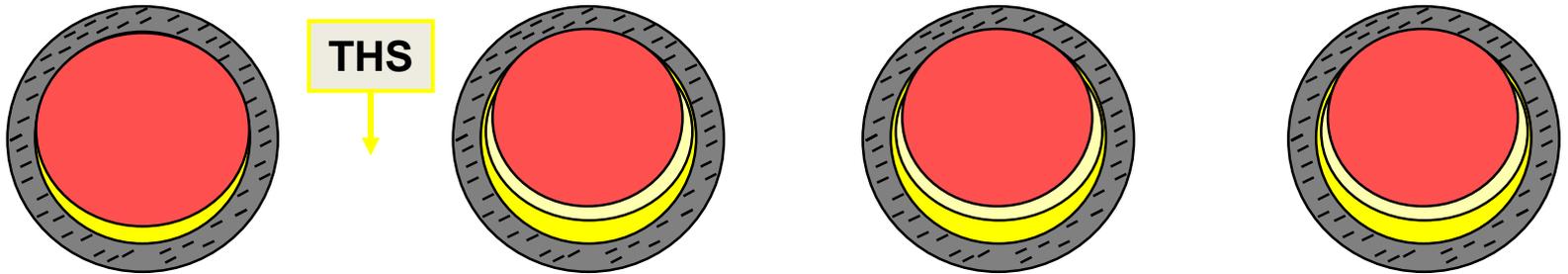
Pourtant les femmes n'ont pas encore vraiment pris conscience de l'ampleur du problème et méconnaissent souvent les signaux d'alerte de la crise cardiaque. Il est vrai que «leurs symptômes sont sournois et



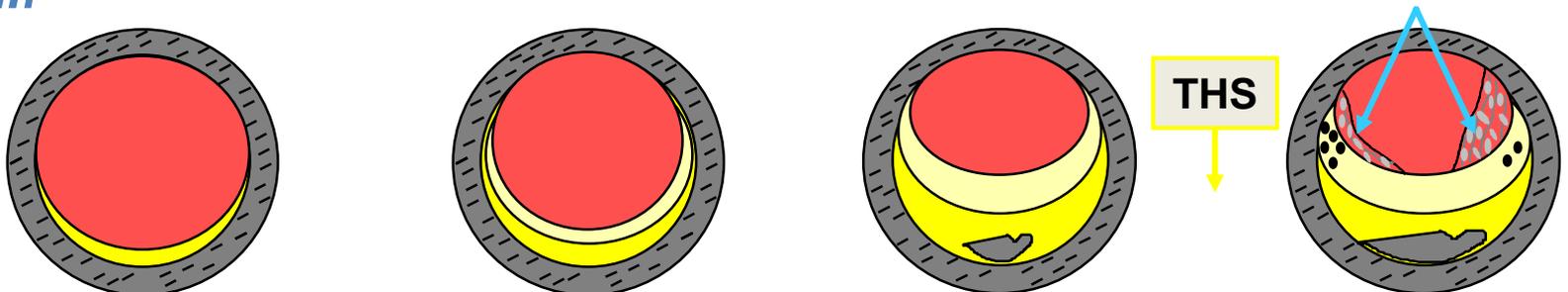
# Hypothèse: Relation THS/MCV



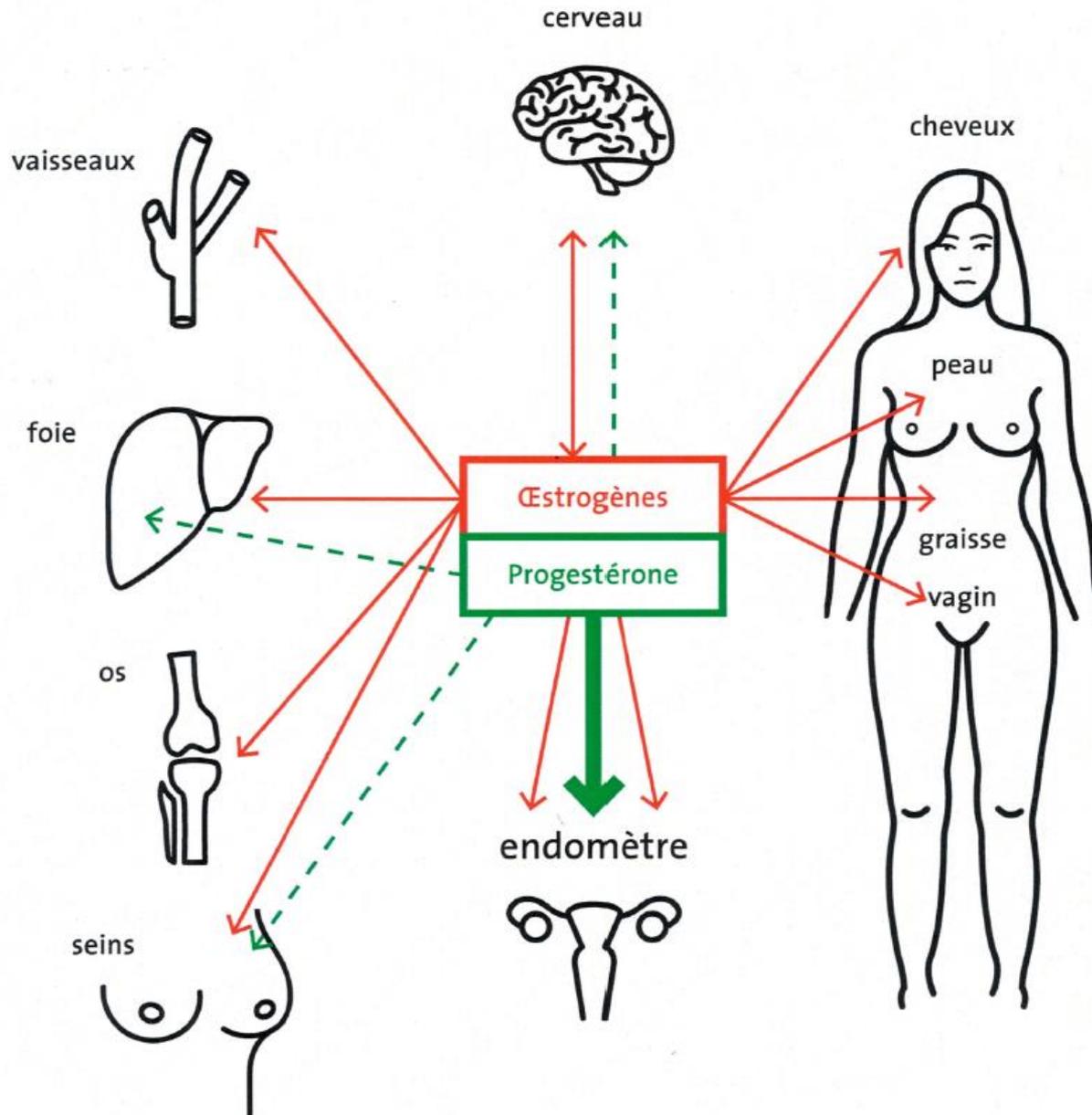
## THS précoce



## THS tardif



26.01.17 Age 35-45 years      Age 45-55 years      Age 55-65 years      Age >65 years



# Métabolisme des oestrogènes (E2) dans le foie

## ↑ du bon cholestérol (HDL)

→ protection cardio-vasculaire

## ↑ de la SHBG

↓ acné, barbichette, alopecie

## ↑ Oestrone = E1

↑ volume des seins, rétention H2O, poids

## ↑ Facteurs de la coagulation

↑ risque thrombose et embolie

## ↑ Facteurs impliqués dans la tension artérielle

↑ risque HTA

## ↓ Facteurs de croissance

↓ muscle ↑ graisse (pneu)



**Ménopause, actualités 2002**

# MÉNOPAUSE, L'HEURE DES CHOIX ÉCLAIRÉS

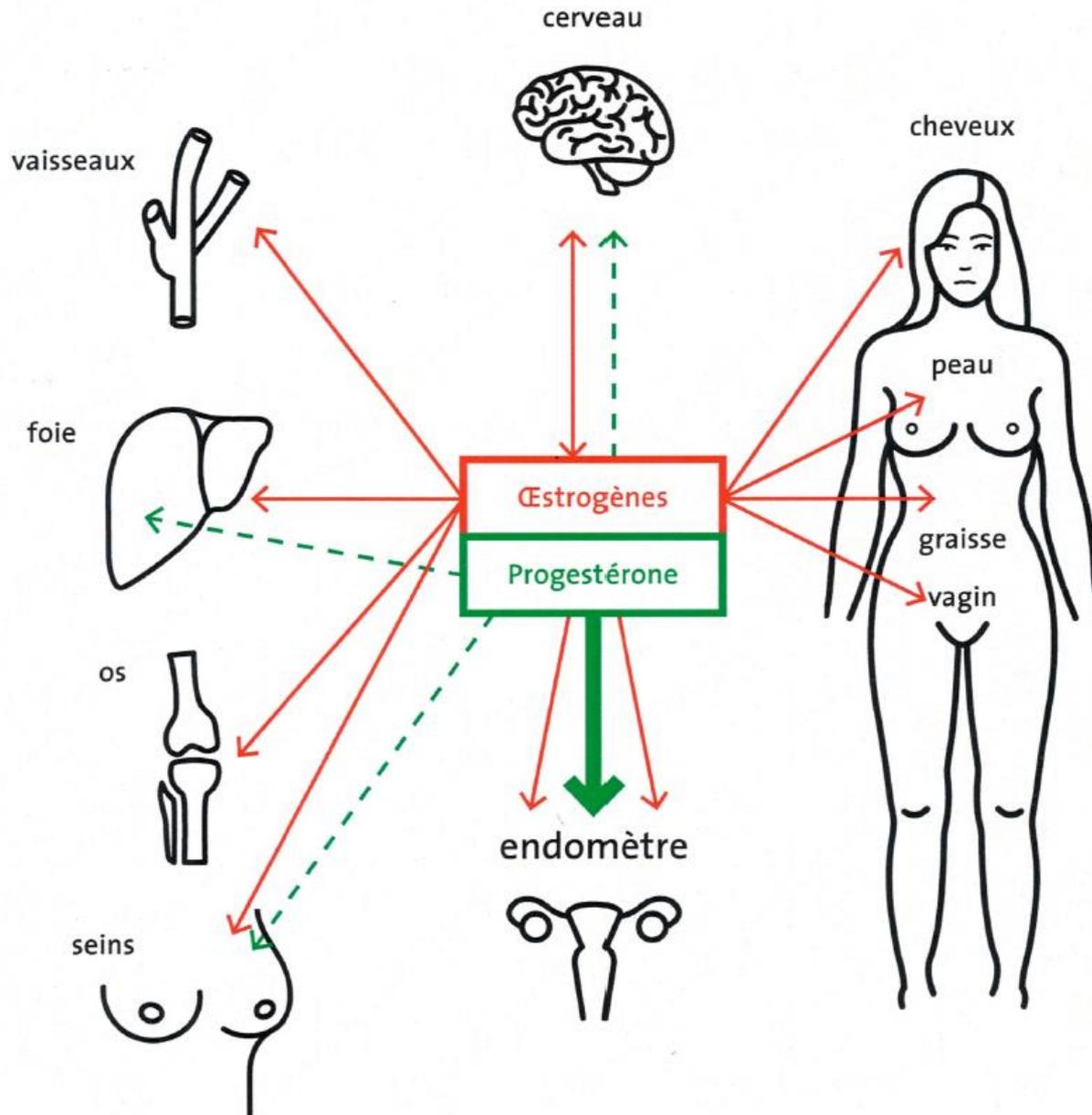


**Ménopause, actualités 2002**

# THS : ÉVITER L'EFFET DE 1<sup>er</sup> PASSAGE HÉPATIQUE pour mimer la physiologie et le métabolisme des hormones endogènes

**Estrogènes transdermiques et hormonothérapie  
de la ménopause**

## **Les estrogènes transdermiques n'augmentent pas le risque VTE**



# PEAU, MENOPAUSE ET HORMONES

Roland Böni, Bruno Imthurn (septembre 2004)

**La chute des œstrogènes à la ménopause agit sur le vieillissement de la peau. De très nombreuses études ont confirmé que le traitement de substitution hormonale a des effets positifs sur le processus de vieillissement de la peau et provoque une augmentation du collagène et de l'acide hyaluronique.**

A la post-ménopause, suite à la chute de la production ovarienne d'oestrogènes, il se produit une accélération du métabolisme catabolique et un aging intrinsèque.

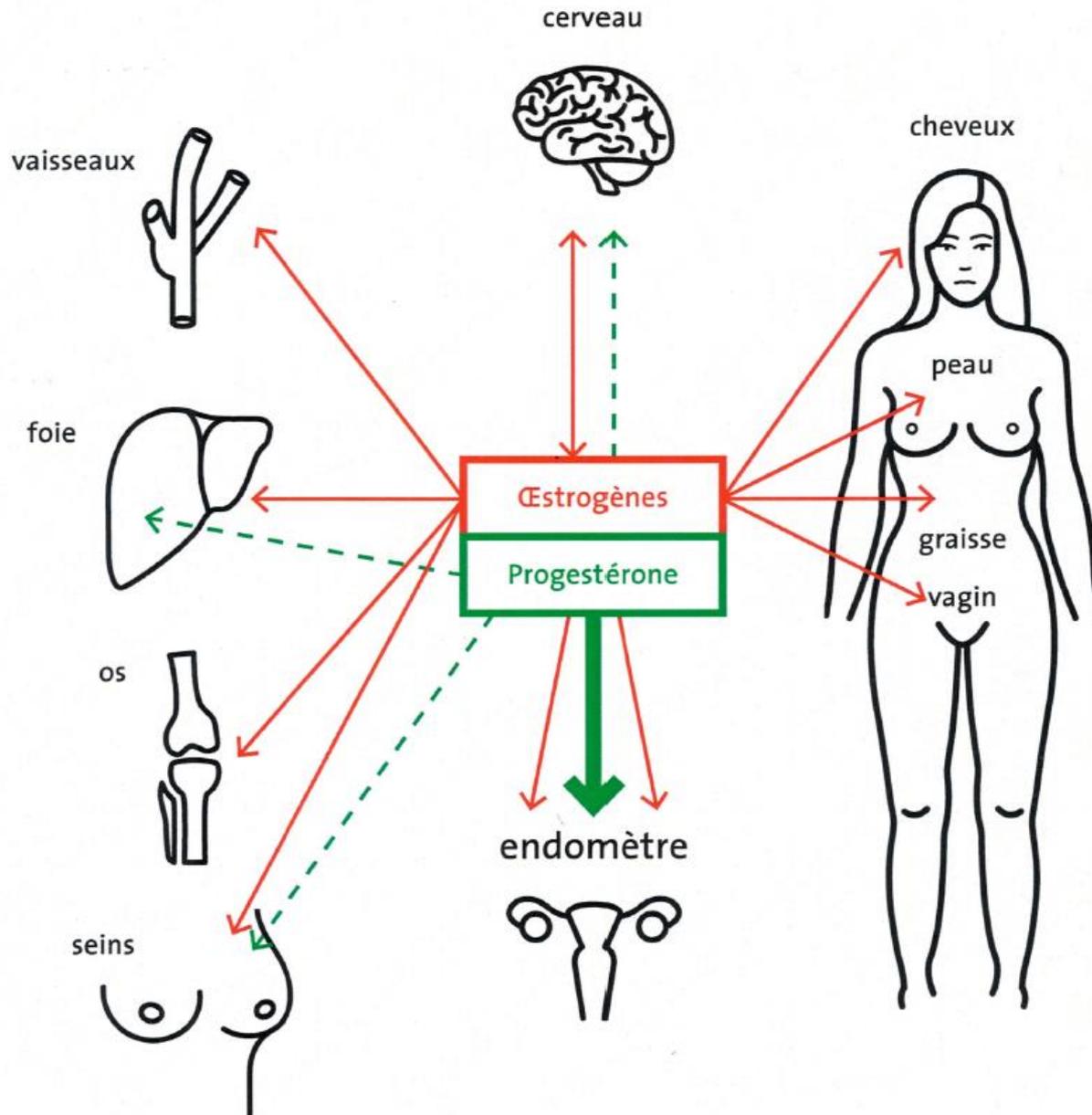
Les œstrogènes – systémiques ou topiques – ont des effets positifs sur le processus de vieillissement de la peau.

Les onguents à base d'oestrogènes en application tonique ont également cet effet.

Les phyto-oestrogènes, substances extraites de plantes ayant un potentiel d'action semblable à celui des œstrogènes, sont une alternative intéressante à l'application topique d'oestrogènes dont le profil d'effets indésirables est très faible.



**Eliane, 82 ans, en 2016**

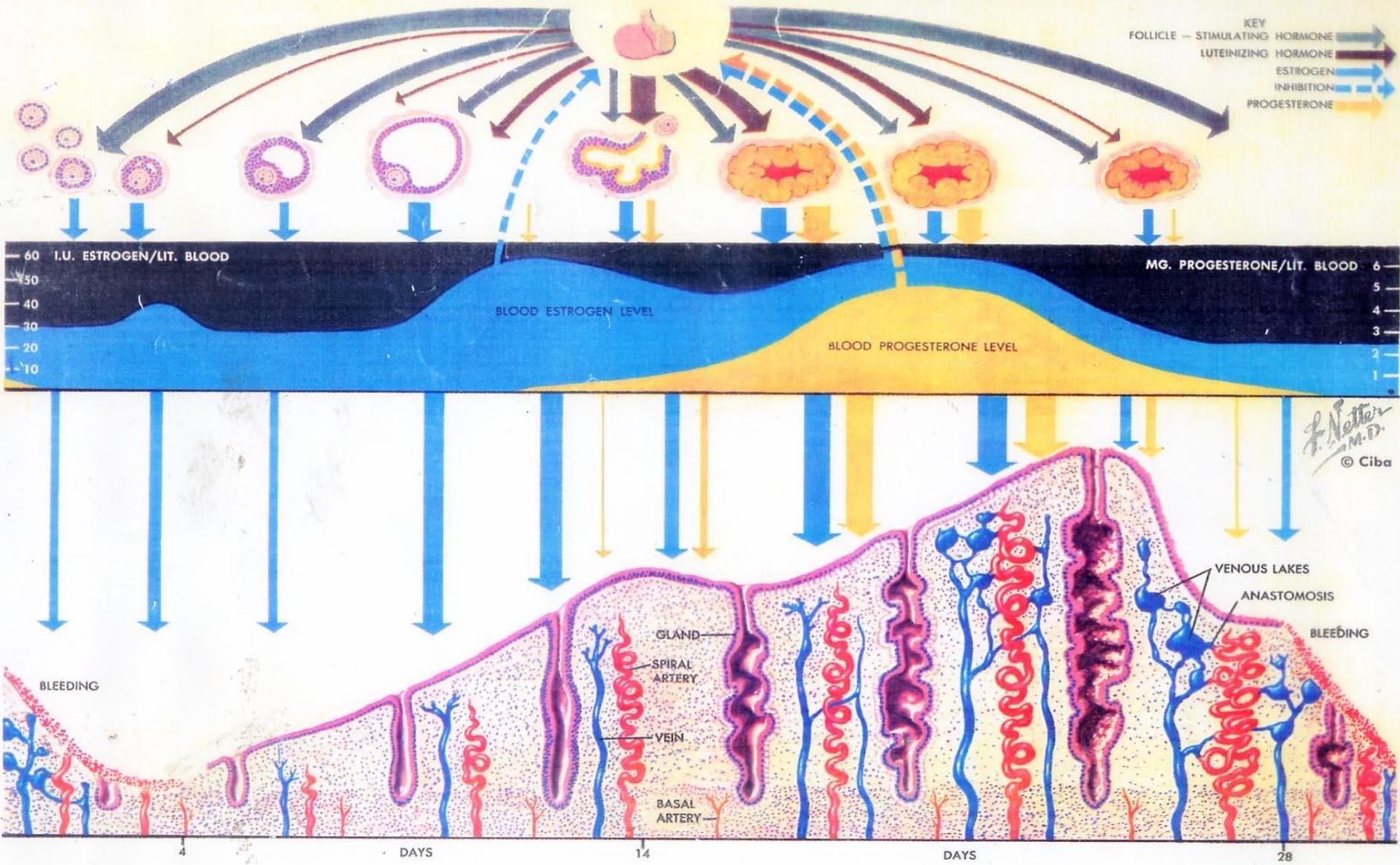


# Si votre vagin pouvait parler

*Dur, dur.  
Fait très sec ici.  
Ça gratte, ça pique.  
Et toi, ça va?*

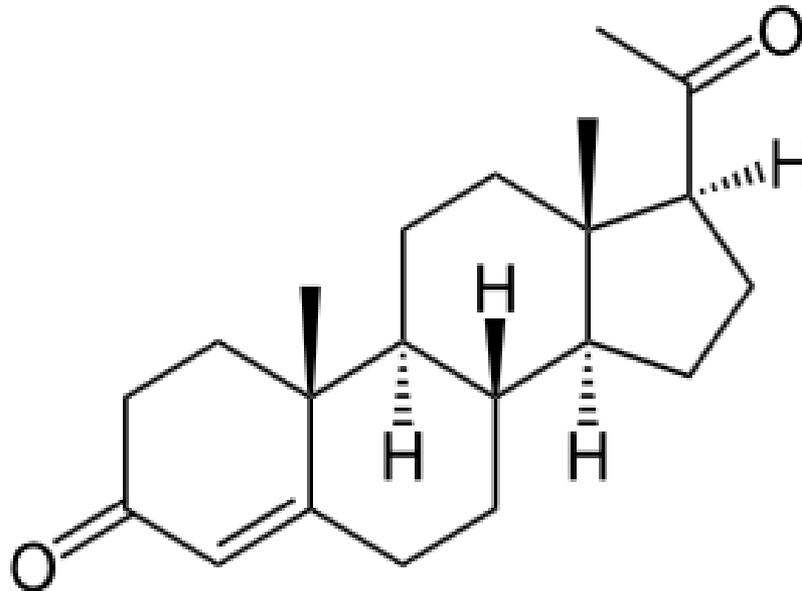
*Ici tout baigne.  
C'est cool  
grâce aux hormones!*

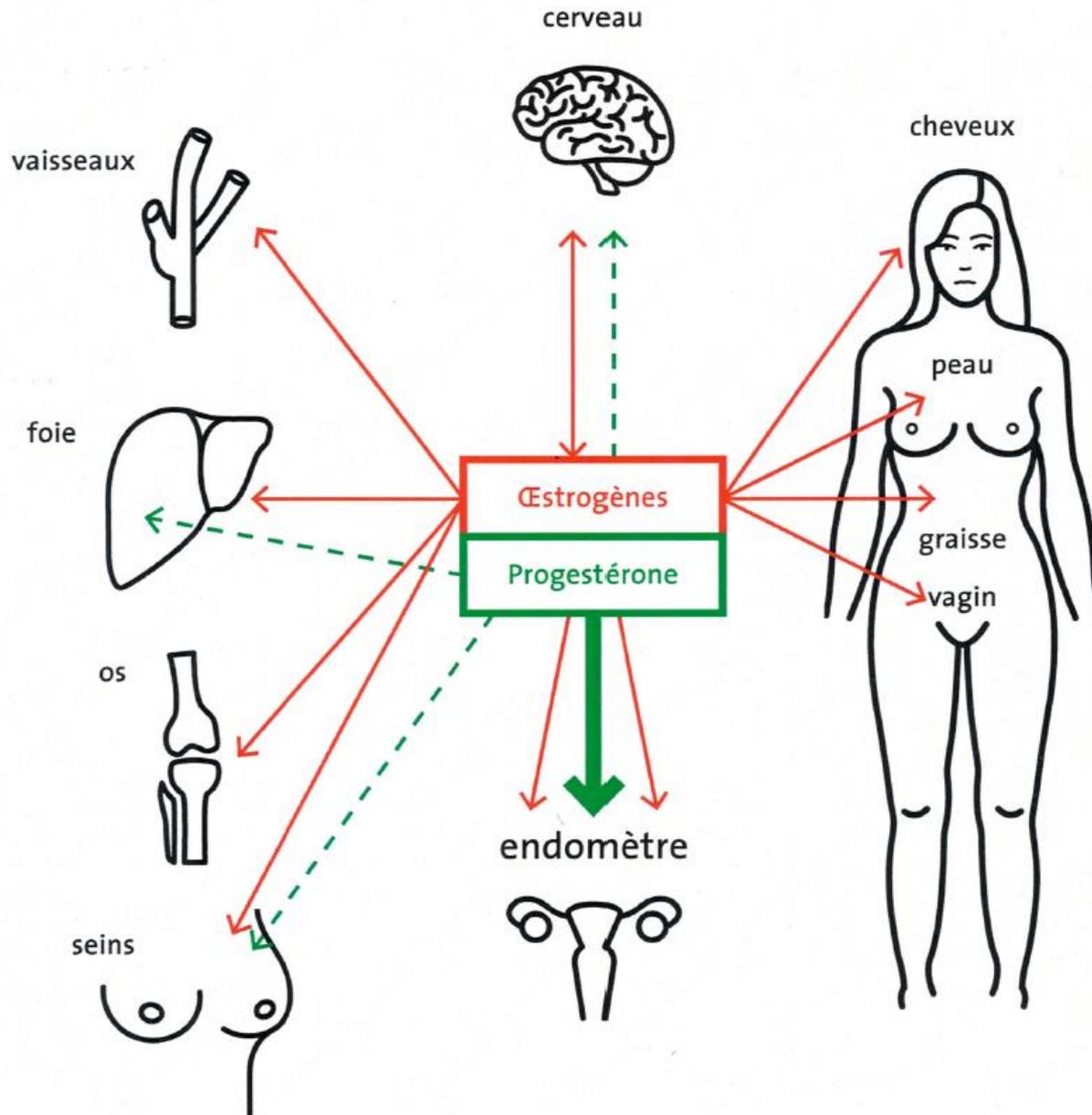




# La progestérone

La fonction essentielle de la progestérone est de préparer l'utérus à la nidation puis au maintien de la gestation. Elle est secrétée par les cellules du corps jaune sous contrôle de la LH.





# La progestérone en traitement

## par voie vaginale

Pas de 1<sup>er</sup> passage hépatique d'où effet «local» important en infertilité

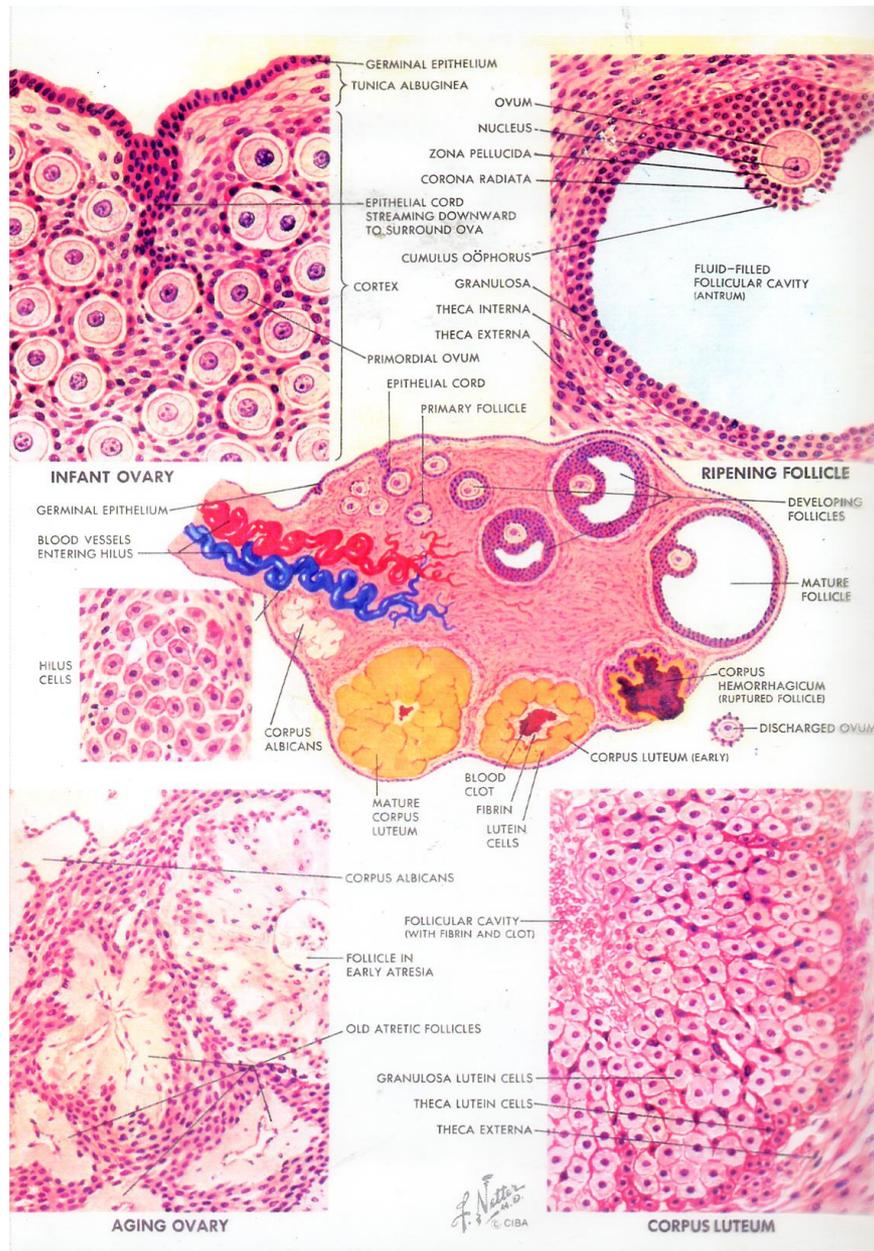
## per os

Métabolisation au niveau hépatique de la progestérone en métabolites 5-alpha et 5-bêta, 10% progestérone

## EFFET SUR LE SOMMEIL

**Progestérone** = Utrogestan per os (300mg/j per os au coucher réduisent les vapeurs et les sudations nocturnes et améliorent le sommeil!!!)  
Société nord-américaine de la ménopause : juin 2017

**Didrogestérone** = Duphaston (double liaison supplémentaire)  
pas d'effet sur le sommeil,  
meilleur freinage des gonadotrophines



# La testostérone, moteur de la libido des femmes



**TF** Par **Sophie Bramly**  
Publié le Mardi 08 Janvier 2013

**De toutes les hormones présentes dans le corps de l'homme et de la femme, la testostérone est celle dont on parle le plus : elle est dans notre imaginaire celle qui correspond à des valeurs viriles, elle est synonyme de force et de puissance. Elle est pourtant bien plus que cela pour l'homme, et pour la femme également.**

# Les femmes ont aussi besoin de testostérone!

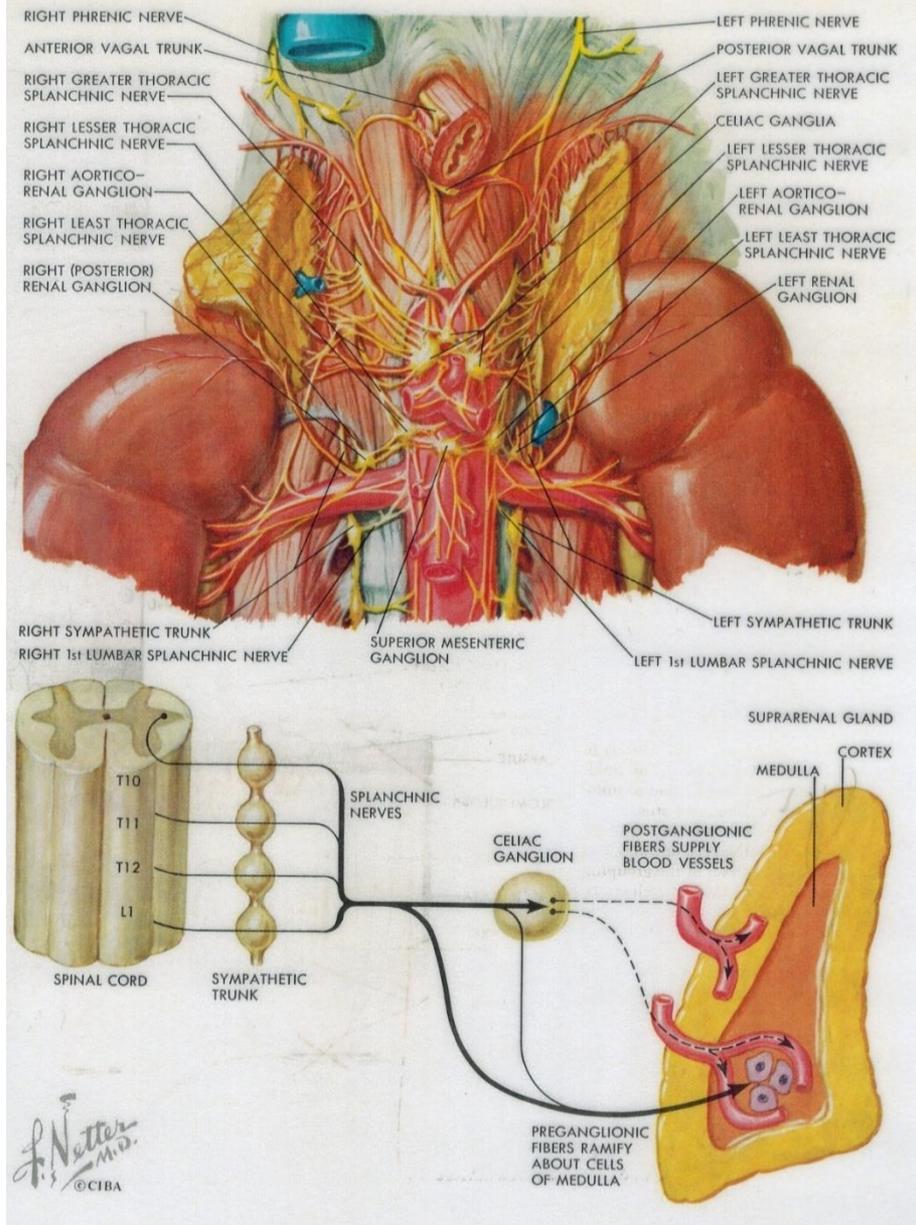
Le manque de testostérone après la ménopause

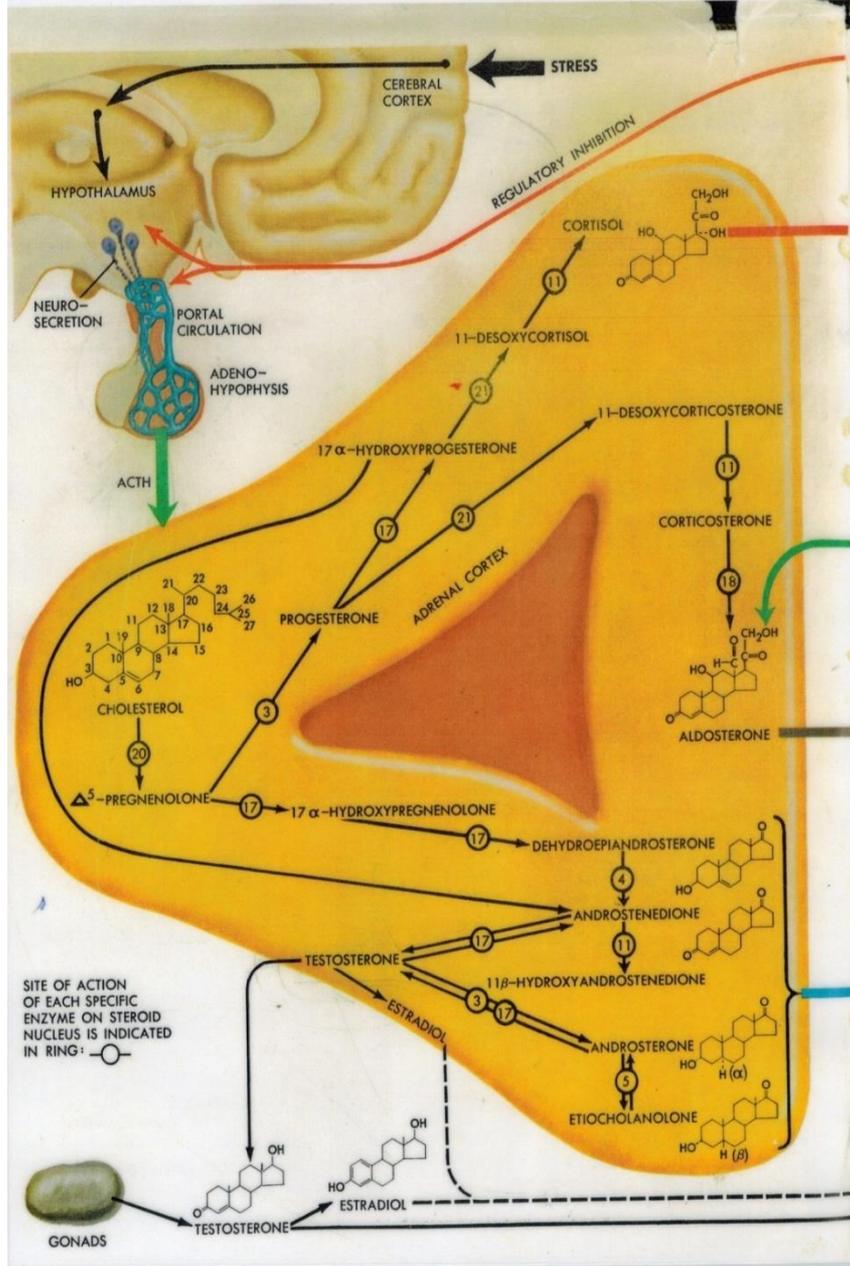
- Fait perdre du muscle
- Fait prendre du poids «gras»
- Fait chuter la libido, etc.

La testostérone en gel ou en crème a un effet dynamisant et anti-stress mais est difficile à doser (barbichette, alopecie androgénétique).

L'androstènedione et l'androstènediol sont des précurseurs naturels de la testostérone, présents dans le pollen du pin écossais administré par voie sublinguale.

La DHEA est la meilleure alternative et elle est le précurseur le plus abondant d'androgènes dans le corps humain .





# Effets de la DHEA par conversion en stéroïdes sexuels

## Effets androgéniques

---

- ↑ Libido et sexualité
- ↑ Bien-être (physique – psychique)
- ↑ Sébum – Acné
- ↑ Epaisseur cutanée  
Vaginal
- ↑ IGF1 dans le plasma
- ↓ HDL cholestérol
- ↑ Masse musculaire

## Effets oestrogéniques

- ↑ Minéralisation osseuse
- ↑ Marqueurs d'ostéoformation
- ↓ Marqueurs d'ostéorésorption
- ↑ Maturation de l'épithélium



**DHEA 12.5 – 25 – 50 mg/j.**

**chez ♀**

**DHEA 50 – 100 mg/j .**

**chez ♂**

**DHEA 50 – 100 mg**

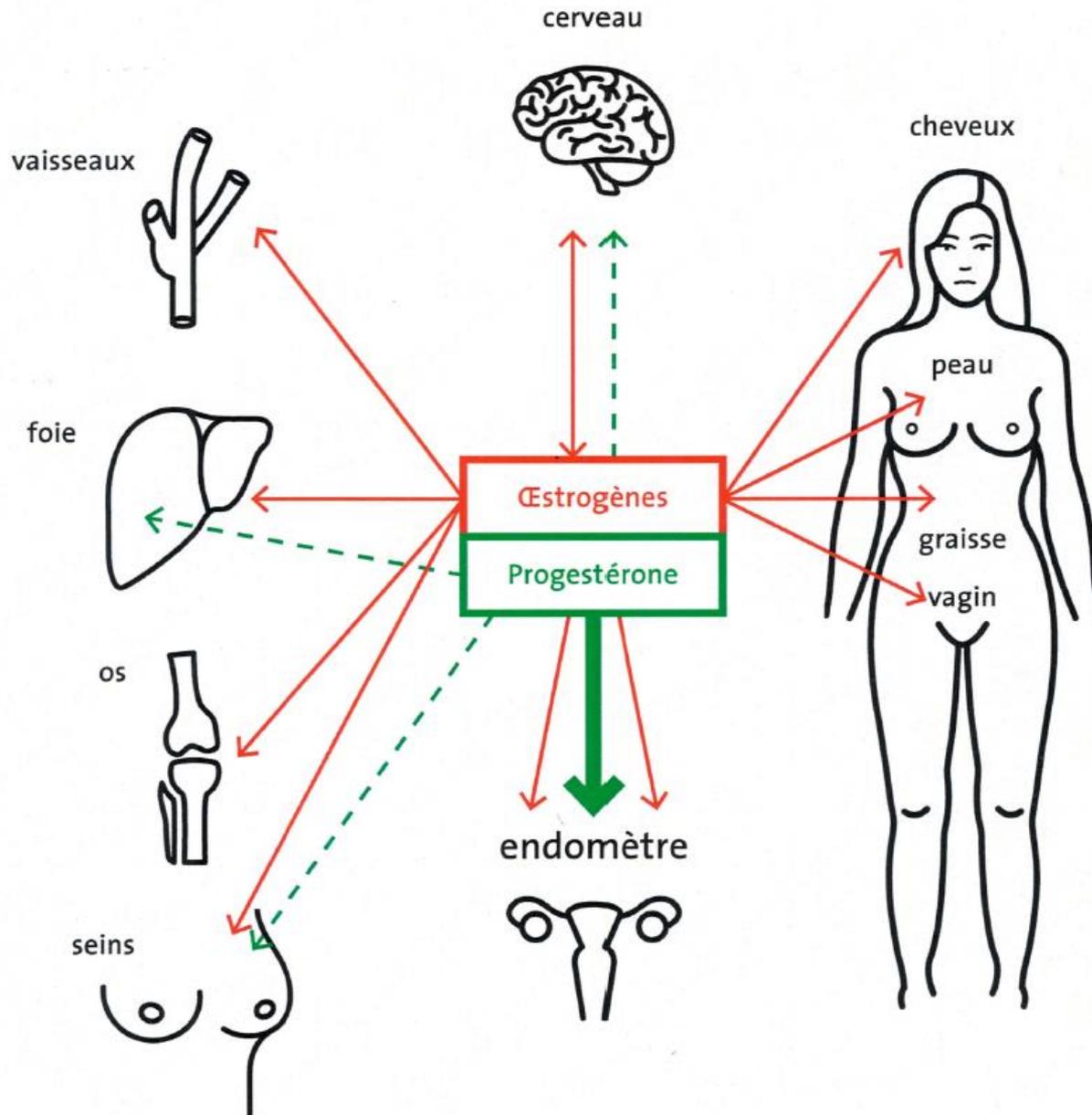
**chez l'Addisonien**

# Jusqu'en 2002: des hormones pour toutes les femmes



**Jane Fonda 50 ans**





## W H I : JAMA 2002; 288: 321-333

16'608 femmes post-ménopausées

Âge moyen: 63,3 ans (50-79 ans)

BMI : 28,5 (70% sup. à 30)

THS antérieur : 30%

Antécédents de diabète, hypercholestérolémie, infarctus, AVC

Population tout venant plutôt que sélectionnée dans une étude de prévention primaire

Traitement : Premella 2,5 mg (E conjugués équins + MPA 2,5 mg)

Etude randomisée versus Placebo en double aveugle

# Résultats de l'étude WHI

## RISQUE RELATIF ET ABSOLU OU BENEFICE au bout de 5,2 ans dans le groupe de l'étude WHI TRAITE PAR OESTROGENE ET PROGESTATIF SYNTHETIQUES

(n= 16608, placebo et prise des médicaments de l'étude)

Evénement	Risque relatif vs. Placebo	Augmentation du risque absolu par 10000 femmes/année	Augmentation du bénéfice absolu par 10000 femmes/année
Infarctus du myocarde	1.29	7	
Attaque cérébrale	1.41	8	
Cancer du sein	1.26	8	
Thrombo-embolies	2.11	18	
Cancer colorectal	0.63		6
Fractures de la hanche	0.66		5



[ACCUEIL](#) [L'ÉTUDE E3N](#) [L'ÉQUIPE](#) [PRINCIPAUX RÉSULTATS](#) [PUBLICATIONS](#) [CONTACT](#) [Rechercher](#)

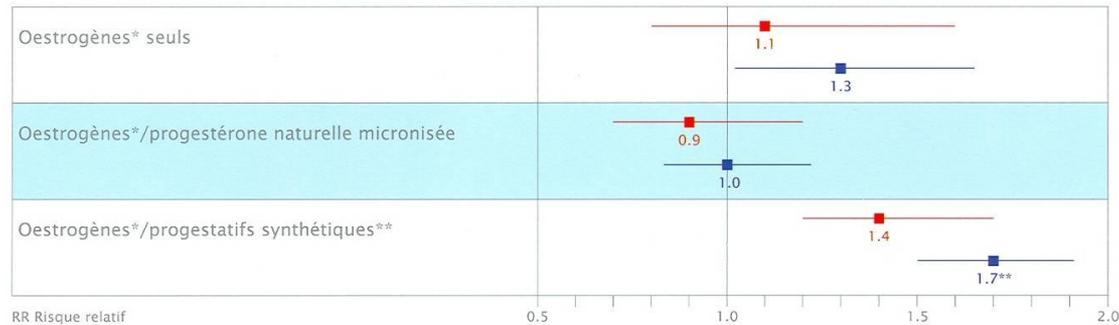
[Accueil](#) [Principaux résultats](#) [Traitements hormonaux](#) [THM et risque de cancer du sein](#)

## THM ET RISQUE DE CANCER DU SEIN

**Environ 100'000 femmes volontaires françaises nées entre 1925 et 1950 et suivies depuis 1990.**

# Nouvelles données provenant de l'étude E3N : La combinaison d'estrogènes avec de la progestérone naturelle micronisée ne montre pas d'augmentation du risque de cancer du sein selon 1,2

Risque de cancer du sein après la ménopause sous diverses thérapies hormonales (TH).  
Le risque relatif (RR; 95% CI) par rapport à des femmes n'ayant jamais reçu de TH est indiqué ici.



\* préparations oestrogéniques orales et transdermiques  
\*\* sans rétroprogestérone (dydrogestérone)

n = 54 548; temps d'observation 5.8 ans (SD 2.4), durée d'application 2.8 ans (SD 1.9)  
n = 80 377; temps d'observation 8.1 ans (SD 3.9), durée d'application 7.0 ans (SD 5.2)

1 Fournier A, Clavel-Chapelon F, Berrino F (Inserm, Villejuif France 94805). Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy: Update of the E3N Results. Abstracts Congress of Epidemiology, 643-S, Seattle, Washington, June 21-24 (2006)  
2 Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat. 2007 Feb 27

# Tableau E3N: risque relatif de cancer du sein en fonction du type de THM

Traitement	Risque relatif de cancer du sein
Estrogènes seuls	1,29 (1,02-1,65)
Estrogènes + Progestérone micronisée	1,00 (0,83-1,22)
Estrogènes + Dydrogestérone	1,16 (0,94-1,43)
Estrogènes + autres progestatifs synthétiques	1,69 (1,5-1,91)

INTERNATIONAL  
*Journal  
of Cancer*

Reprinted from:  
Volume 114, pages 448–454, 2005

**Breast cancer risk in relation  
to different types of hormone  
replacement therapy  
in the E3N-EPIC cohort**

*Agnès Fournier, Franco Berrino, Elio Riboli, Valérie Avenel  
and Françoise Clavel-Chapelon*

Publication of the International Union Against Cancer  
Published for the UICC by Wiley-Liss, Inc.



Articles published online in Wiley InterScience.

[www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)

ISSN 0020-7136

# Ésper dans le traitement de la ménopause

**Santé** Selon une étude française, la progestérone naturelle utilisée dans le traitement des femmes ménopausées n'augmente pas le risque de cancer du sein. Une équipe des hôpitaux de Genève et Lausanne suit cette piste

**Marie-Christine Petit-Pierre**

«Seule l'association entre les œstrogènes et la progestérone naturelle ne majore pas le risque de cancer du sein.» François Clavel-Chapelon a créé l'événement au Congrès mondial de la ménopause de Buenos Aires le 20 octobre. En présentant ses résultats, la directrice de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à Villejuif a montré que le traitement de la ménopause avait à nouveau un avenir.

Une bonne nouvelle si l'on pense qu'en Europe un tiers des femmes environ sont ménopausées – en 2050 ce sera une femme sur deux – et que la moitié d'entre elles ont des symptômes affectant leur qualité de vie.

## Le spectre de la WHI

Depuis la parution en juillet 2002 de l'étude américaine Women's Health Initiative (WHI), le nombre de femmes suivant un traitement de substitution a diminué de moitié. L'étude avait été interrompue car elle montrait un risque accru de cancer du sein chez les femmes en traitement. Même si l'échantillonnage de femmes choisies et les produits utilisés ne correspondaient pas à la pratique européenne, un vent de panique a soufflé dans le public. Et le mot d'ordre en matière

ou transdermique, l'utilisation de progestatifs de synthèse est associée à un risque relatif de 1,8<sup>e</sup>. Un risque qui apparaît même dans un traitement de courte durée. Alors qu'avec de la progestérone naturelle, dite aussi micronisée, il n'est pas augmenté.

Quant aux œstrogènes utilisés seuls, ils induisent une augmentation du risque relatif de 1,4 selon cette étude alors que la WHI montrait une absence de risque.

## Une piste à suivre

Pour Dominique de Ziegler, chef des unités de médecine de la reproduction et d'endocrinologie de Genève et Lausanne, l'étude française a mis en évidence un phénomène qui mérite d'être creusé. Pour quelle raison la prise de progestérone naturelle ne crée-t-elle pas de risque supplémentaire de cancer du sein?

*Un tiers des femmes sont ménopausées, la moitié d'entre elles ont des symptômes affectant leur qualité de vie*

«Ce n'est certainement pas parce que cette progestérone est naturelle. commente le médecin.





# Medizin für die Frau

## Journal für Menopause

Kontrazeption | Fertilität | Schwangerschaft | Geburtshilfe | Urogynäkologie | Psychiatrie | Onkologie

03/2007

Traitement hormonal de substitution en 2007

### Nécessité de revisiter les risques

# Ménopause: la ruée vers l'hormone

**GYNÉCOLOGIE** • «Avec l'augmentation de la durée de vie, les femmes vont vivre plus de trente ans sans hormones», constate le Dr Catherine Waeber. Un traitement s'impose-t-il?



Docteur Catherine Waeber Stephan, endocrinologue: «En prescrivant des hormones à une femme saine, je vais protéger son système cardiovasculaire et préserver son capital osseux.» VINCENT MURITH

## POUR ET CONTRE

> **Pour le traitement hormonal de substitution**, il y a l'amélioration de la qualité de vie pendant la ménopause (bouffées de chaleur, atrophie vaginale, douleur lors d'un rapport sexuel); prévention de l'ostéoporose; prévention du cancer du côlon.

> **Contre le traitement hormonal de substitution**, il y a l'augmentation du risque du cancer du sein (+0,5% à 5 ans); le risque de thromboses veineuses et d'embolies pulmonaires lors d'un traitement oral; le risque cardio-vasculaire chez les femmes âgées; le risque d'accident vasculaire cérébral chez les femmes de plus de 75 ans. JA

La Liberté 17.03.2007

## Traitement hormonal substitutif

PARIS – Suite à la publication d'études randomisées à long terme, notamment KEEPS et DOPS, et face aux défauts de l'étude WHI, des spécialistes de la ménopause appellent à l'assouplissement des recommandations sur la prescription du traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS). L'ensemble des sociétés internationales de ménopause est ainsi arrivé à un 'consensus statement' sur le THS.

Ce consensus souligne notamment que le THS est le traitement le plus efficace des troubles du climatère, qu'il prévient les fractures chez les femmes à risque, qu'il diminue les événements coronariens lorsqu'il est débuté avant 60 ans, ou dans les dix ans après le début de la ménopause, qu'il n'influence que très peu le risque de cancer du sein et le risque d'accident thrombo-embolique veineux. Au final la décision doit se prendre au cas par cas.

Journées nationales du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) 2012

**Avis d'experts No 42** (remplace No 28)

**Commission Assurance qualité**

Président Prof. Dr Daniel Surbek

**Recommandations actuelles pour le traitement hormonal de la ménopause (THM)**

**M. Birkhäuser, R. Bürki, C. De Geyter, B. Imthurn, K. Schiessl, I. Streuli, P. Stute, D. Wunder**

**I. Résumé**

Niveau  
d'évidence

**Principes généraux**

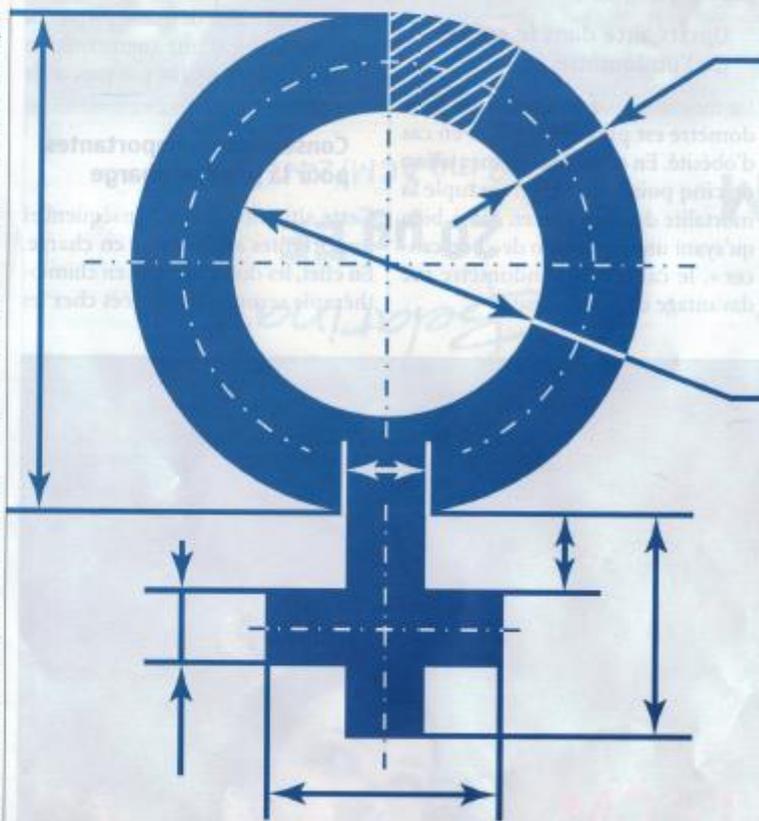
- Tout au long de la vie, les hormones sexuelles jouent un rôle déterminant pour le bien-être physique, psychique et pour le métabolisme.
- Outre le syndrome climatérique, la carence en œstrogènes et autres stéroïdes sexuels après la ménopause peut entraîner une diminution de la trophicité du tissu conjonctif, des modifications métaboliques à l'origine de maladies secondaires telles que l'ostéoporose post-ménopausique, le diabète type 2 ou les pathologies cardiovasculaires, des troubles du système nerveux végétatif et central et une dégradation de la sexualité et de la qualité de vie.
- En cas de carence œstrogénique symptomatique, un traitement hormonal de la

## Relecture de la WHI

## La réhabilitation du THS en marche

**BÂLE** – Dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine*, les auteurs de la WHI regrettent les interprétations erronées des données de l'étude et ajoutent que le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause apporte plus de bénéfices que de risques.

L'âge moyen de la ménopause est de 51 ans, la plupart des femmes ayant alors encore un tiers de leur vie devant elles. Au cours de la ménopause, trois quarts des femmes auront des symptômes telles que bouffées de chaleur, palpitations, sudations nocturnes et troubles de la concentration; des symptômes modérés à sévères persisteront plus de dix ans. Par ailleurs, environ 30% des femmes auront des symptômes sévères. La ménopause est aussi associée à un risque d'ostéoporose, de maladie cardiovasculaire et de diabète accrus, sans compter les troubles de l'humeur. Ces manifestations réduisent, parfois fortement, la qualité de vie et sont liés à une augmentation des coûts de la santé. Dans ce contexte, le traitement hormonal substitutif est le traitement le



Des résultats rassurants qui devraient permettre de proposer sans arrière-pensées un THS aux patientes qui le désirent, les bénéfices dépassant largement les risques

ment avancé, permettait de prévenir les maladies cardiovasculaires. Les participantes étaient en majorité postménopausées depuis de nombreuses années. Environ deux tiers des participantes présentaient en outre des facteurs de risque significatifs tels qu'un excès pondéral important/obésité, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète, des antécédents de maladies cardiovasculaires et un tabagisme. Le traitement utilisé était une combinaison d'œstrogènes équinés (CEE, 0,625 mg) et d'acétate de médroxyprogestérone (MPA, 2,5 mg) à une dose trop élevée pour ce groupe d'âge. Ce type de substance n'est que rarement utilisé en Europe.

### Un rapport bénéfice/risque favorable chez les 50-59 ans

Dans le sous-groupe des femmes de 50 à 59 ans de l'étude WHI, on observe ainsi une suppression durable des symptômes du climatère, une baisse du nombre des fractures osseuses, une réduction du risque de diabète et de la mortalité globale, et même une baisse du

transvaginale pour la progestérone, et à des doses plus faibles offrent une meilleure sécurité thérapeutique.

Menopause Management - Getting Clinical Care Back on Track. JoAnn E. Manson, M.D. Dr.P.H., and Andrew M. Kaunitz, M.D. N Engl J Med 2016; 374: 803-806

### La WHI en bref

L'étude prospective randomisée en double insu contre placebo a comparé 8506 femmes traitées par 0,625 mg d'œstrogènes conjugués associés à 2,5 mg d'acétate de médroxyprogestérone (MPA) en schéma combiné-continu à 8102 femmes sous placebo. Les objectifs essentiels étaient de suivre l'incidence des causes les plus fréquentes de morbi-mortalité chez la femme postménopausée, à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, en particulier mammaire, et l'ostéoporose. Elle est interrompue, dans le courant de sa sixième année après la mise en évidence d'une majoration des accidents cardiovasculaires et du risque de cancer

## POSITION STATEMENT

# The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society

---

### Abstract

The 2017 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society (NAMS) updates the 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society and identifies future research needs. An Advisory Panel of clinicians and researchers expert in the field of women's health and menopause was recruited by NAMS to review the 2012 Position Statement, evaluate new literature, assess the evidence, and reach consensus on recommendations, using the level of evidence to identify the strength of recommendations and the quality of the evidence. The Panel's recommendations were reviewed and approved by the NAMS Board of Trustees.

Hormone therapy (HT) remains the most effective treatment for vasomotor symptoms (VMS) and the genitourinary syndrome of menopause (GSM) and has been shown to prevent bone loss and fracture. The risks of HT differ depending on type, dose, duration of use, route of administration, timing of initiation, and whether a progestogen is used. Treatment should be individualized to identify the most appropriate HT type, dose, formulation, route of administration, and duration of use, using the best available evidence to maximize benefits and minimize risks, with periodic reevaluation of the benefits and risks of continuing or discontinuing HT.

For women aged younger than 60 years or who are within 10 years of menopause onset and have no contraindications, the benefit-risk ratio is most favorable for treatment of bothersome VMS and for those at elevated risk for bone loss or fracture. For women who initiate HT more than 10 or 20 years from menopause onset or are aged 60 years or older, the benefit-risk

# Recommandations de la Société Nord-américaine de ménopause pour le traitement hormonal substitutif de juin 2017

## En résumé

### Indications au traitement hormonal substitutif (THS)

1. **Symptômes vasomoteurs.**
2. **Prévention de la perte de masse osseuse.**
3. Hypogonadisme, castration ou insuffisance ovarienne primaire prématurée.
4. **Atrophie urogénitale.**

Le concept « dose la plus faible pour la période la plus courte » n'est plus d'actualité ! Le nouveau concept s'appuie sur la dose, le type de traitement et la voie d'administration.

**Un traitement hormonal substitutif (THS)** ne doit pas être stoppé de façon routinière à 65 ans mais peut être prolongé pour des patientes en bonne santé et qui ont une espérance de vie élevée.

**La progestérone naturelle micronisée** (Utrogestan®) donnée per os au coucher jusqu'à 300 mg/jour diminue de façon significative les vapeurs, les sudations profuses nocturnes et améliore la qualité du sommeil.

La progestérone naturelle micronisée serait moins thrombogène que les autres progestatifs.

# Recommandations de la Société Nord-américaine de ménopause pour le traitement hormonal substitutif de juin 2017

## **Atrophie vaginale**

En traitement de l'atrophie vaginale, les œstrogènes, en particulier l'Estriol mais aussi un SERM (selective oestrogen receptor modulator) Ospemifem ou la DHEA appliqués par voie vaginale.

## **Musculature**

En combinant le training, le THS augmente la masse musculaire et améliore la force musculaire.

## **Mortalité globale**

Un TSH débuté avant 60 ans ou dans les 10 ans après le début de la ménopause diminue de façon significative la mortalité globale et n'augmente pas le risque d'apoplexie.

## **Cancer du sein**

Un THS combiné d'œstrogènes combinés équinés et de MPA (traitement de la WHI) augmente le risque de cancer du sein invasif de moins d'un cas pour 1'000 patientes traitées par année. Ce risque est comparable chez une femme obèse ou sédentaire.

Un THS n'augmente pas plus le risque de cancer du sein chez des femmes avec une anamnèse familiale

# Les multiples aspects de la progestérone

Elle a un effet anxiolytique, sédatif, très légèrement anti-androgénique et anti-minéralocorticoïde (anti-rétention d'eau).

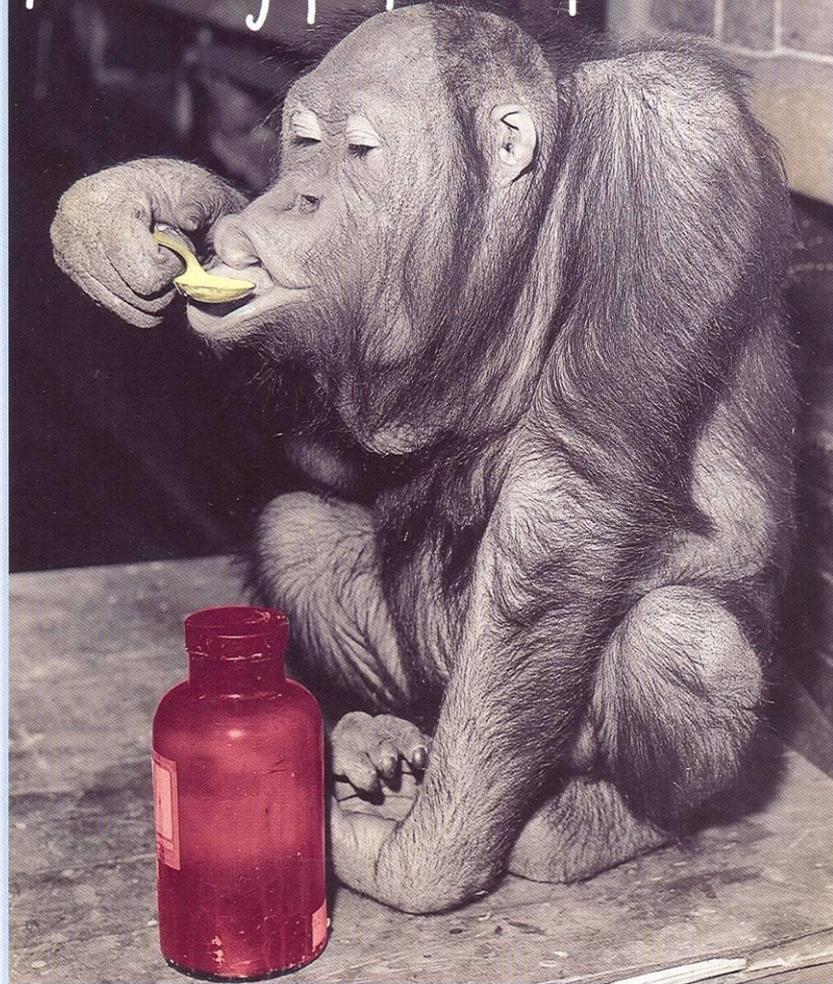
## **Progestérone et troubles du sommeil**

Pour certaines patientes en périménopause, donc en déficit de progestérone, les troubles du sommeil sont souvent le symptôme principal ainsi que les troubles de l'humeur.

Dans cette situation, la progestérone naturelle micronisée (Utrogestan®) per os 100 à 300 mg/jour au coucher est une excellente alternative pour son effet sédatif.

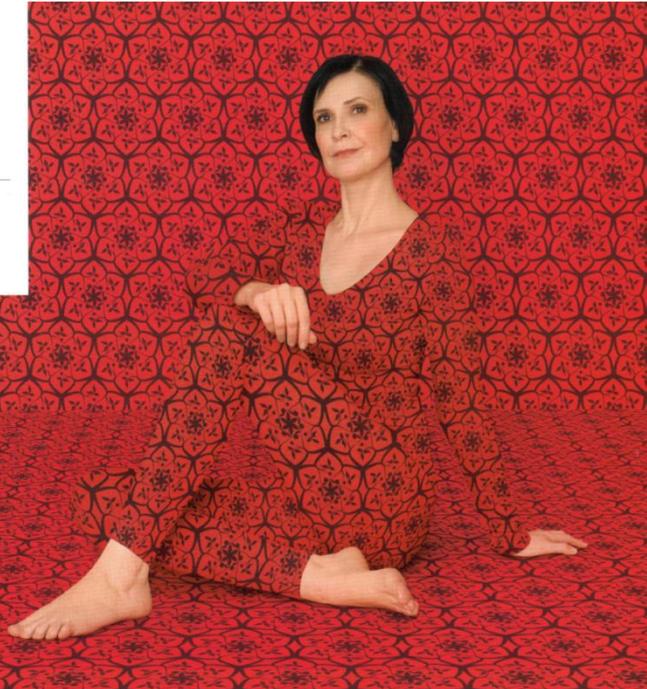


Certains avaleraient n'importe quelle  
potion magique pour ne pas vieillir...



 Vifor Pharma

Ménopause, avant  
pendant et après



 Vifor Pharma

La ménopause  
autrement...  
après 60 ans



# Une ménopause s'impose

