

Jeudi 8 mars 2018

Nescens Clinique de Genolier Journée internationale de la femme

Dr Catherine Waeber Stephan





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

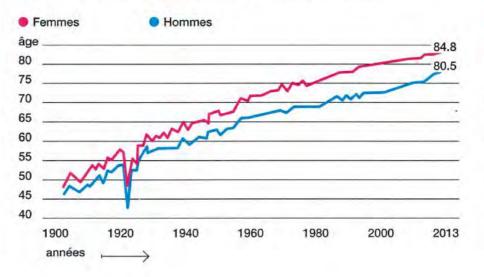
Dresse Catherine Waeber Stephan (âgée de 69 ans) 2016



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

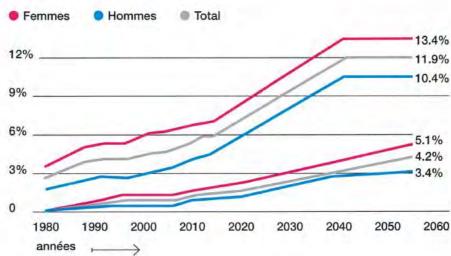


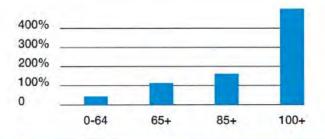
Monde: Une explosion de centenaires

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

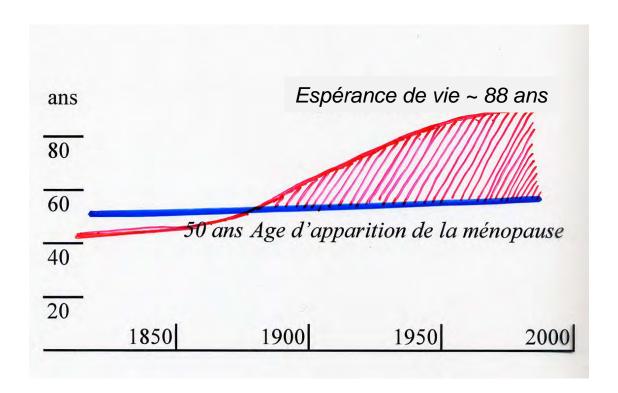




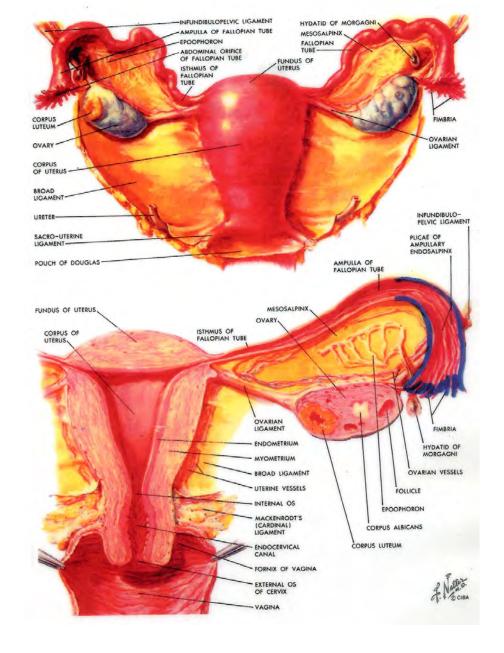


La ménopause

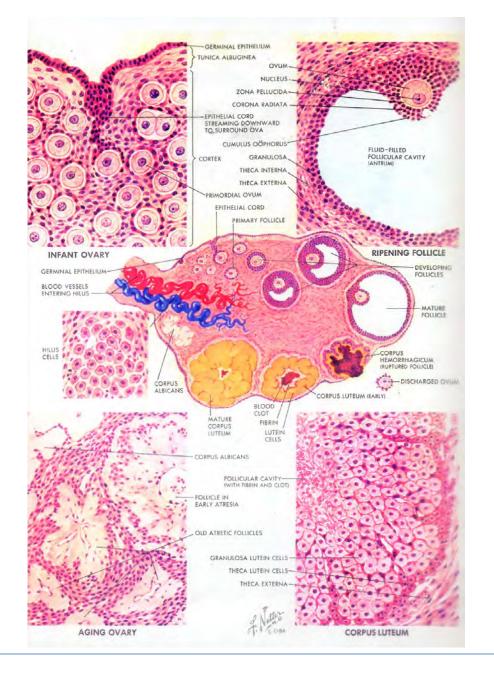
Une problématique de la 2ème moitié du XXe siècle



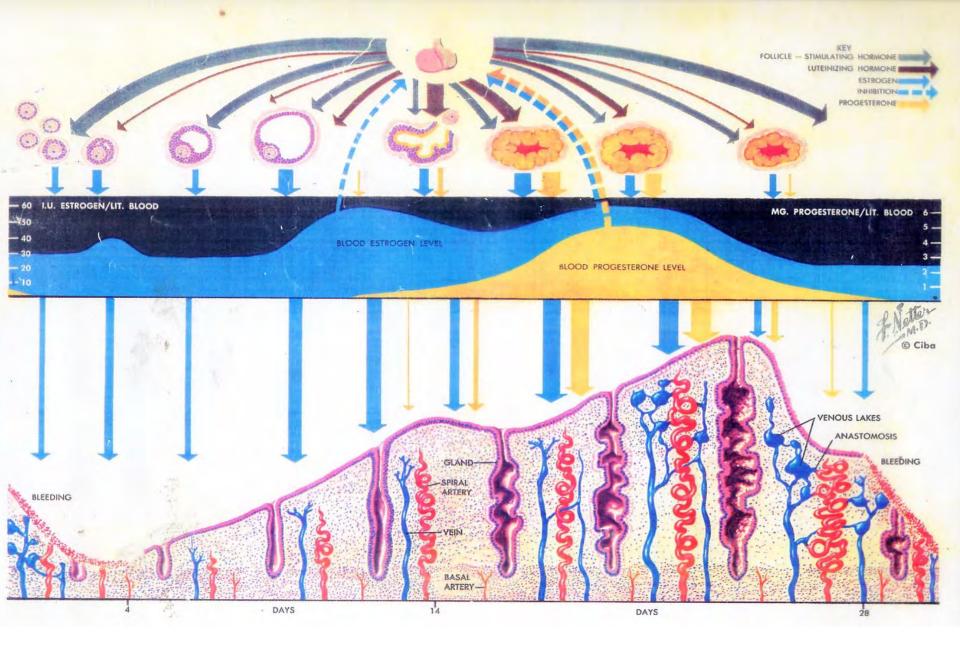






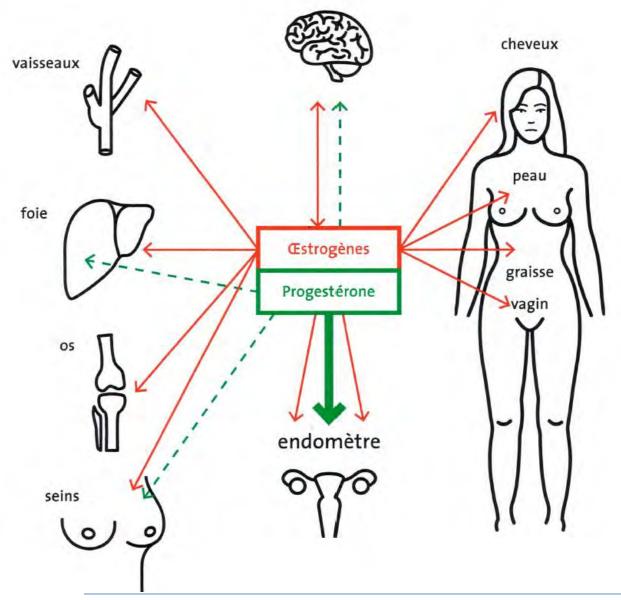








cerveau





Taux normal d'œstrogènes <u>Déficit d'æstrogènes</u> Remodelage osseux normal 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 1 Période de la vie Population suisse Les patients avec carence en vitamine D Limite supérieure de sécurité Apport journalier recommandé Apport journalier recommandé Apport par jour **Nourrissons / Petits enfants** 400 - 1'000 UI (10 - 25 µg) 0 - 6 mois 400 UI (10 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) **Enfants / Adolescents** 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) **Adultes** 19 - 59 ans 600 UI (15 µg) 1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg) 4'000 UI (100 µg) **Séniors** 60 ans et plus 800 UI (20 µg) 1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg) 4'000 UI (100 µg) Femmes enceintes / qui allaitent 600 UI (15 µg) 1'500 - 2'000 UI (37.5 - 50 µg) 4'000 UI (100 µg) 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.



En collaboration avec: www.planetesante.ch

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



es maladies cardiovasculaires ont longtemps été considérées - à juste titre -

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.

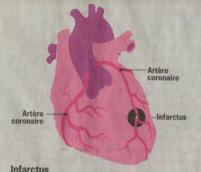
Plaque d'athérome

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).



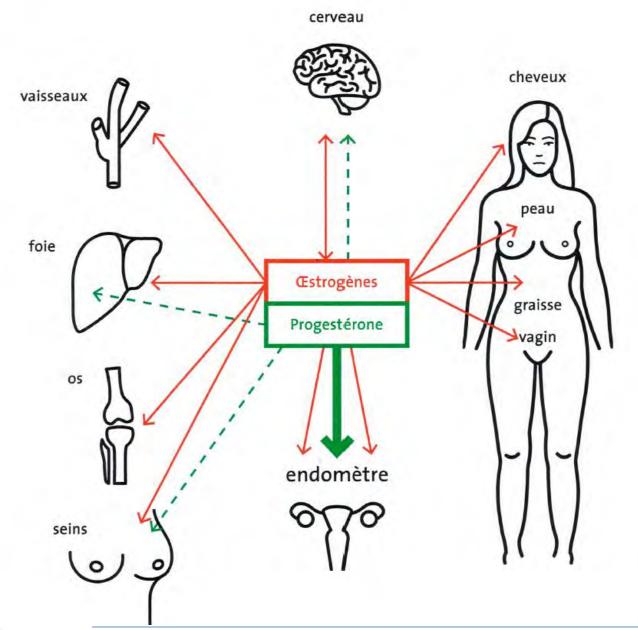
L'obstruction totale de l'artère entraıne la mort (infarcissement) d'une partie plus ou moins grande du muscle cardiaque. Cette partie du cœur n'est

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.

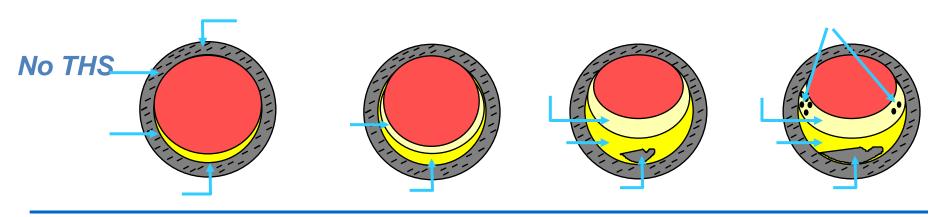
Pourtant les femmes n'ont pas encore vraiment pris conscience de l'ampleur du problème et méconnaissent souvent les signaux d'alerte de la crise cardiaque. Il est vrai que «leurs symptômes sont sournois et



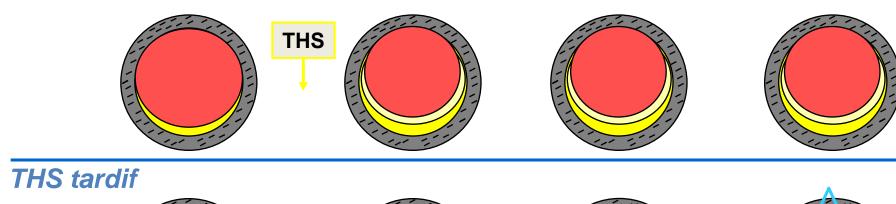




Hypothèse: Relation THS/MCV



THS précoce





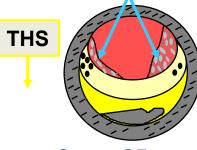
_{26.01.17} Age 35-45 years



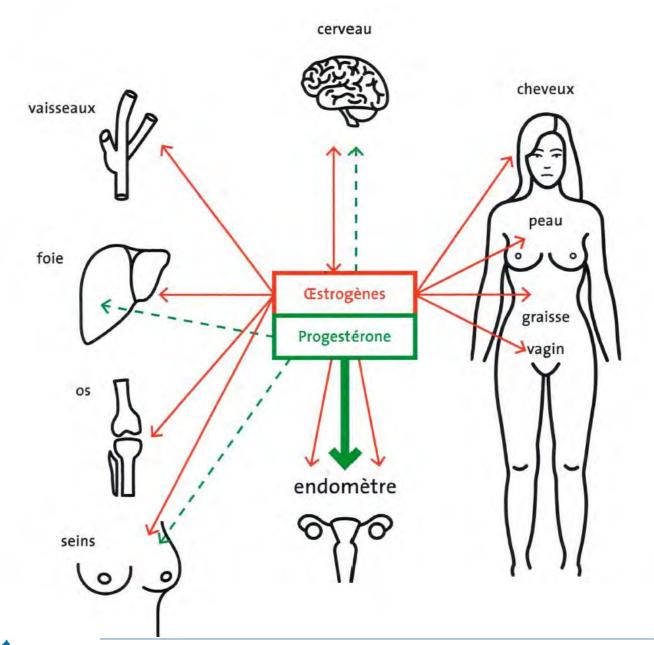
Age 45-55 years



Age 55-65 years



Age >65 years





Métabolisme des oestrogènes (E2) dans le foie

↑ du bon cholestérol (HDL)

→ protection cardio-vasculaire

<u>↑ de la SHBG</u>

↓ acné, barbichette, alopécie

↑ volume des seins, rétention H2O, poids

↑ Facteurs de la coagulation

↑ risque thrombose et embolie

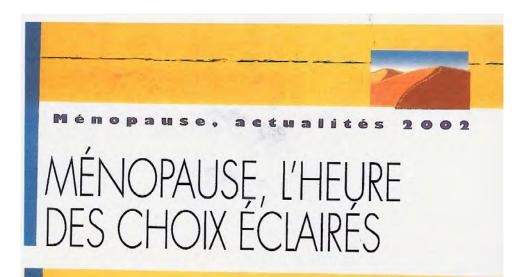
↑ Facteurs impliqués dans la tension artérielle

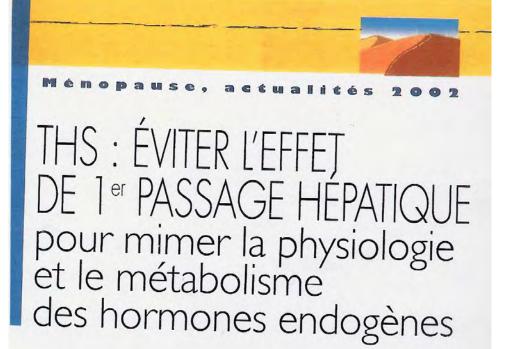
↑ risque HTA

↓ <u>Facteurs de croissance</u>

↓ muscle ↑ graisse (pneu)









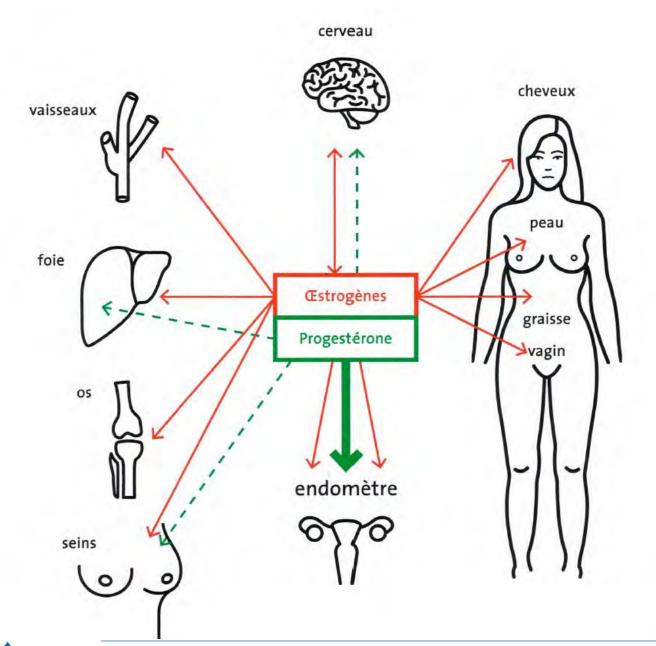
Tiré à part de Tribune Médicale N° 16/07

TRIBUNE MÉDICALE

Estrogènes transdermiques et hormonothérapie de la ménopause

Les estrogènes transdermiques n'augmentent par 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.

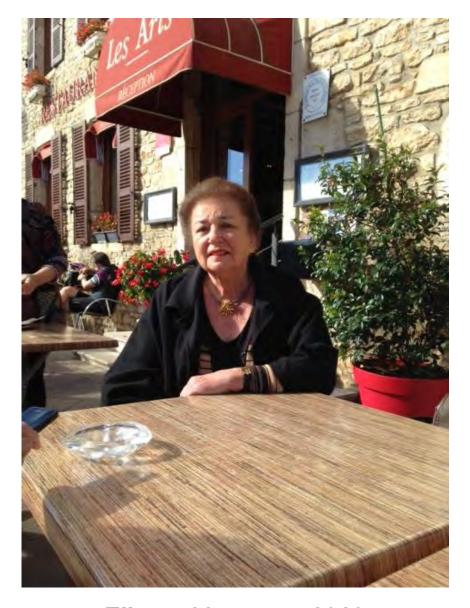
A la post-ménopause, suite à la chute de la production ovarienne d'oestrogènes, il se produit une accélération du métabolisme catabolique et un aging intrinsèque.

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.

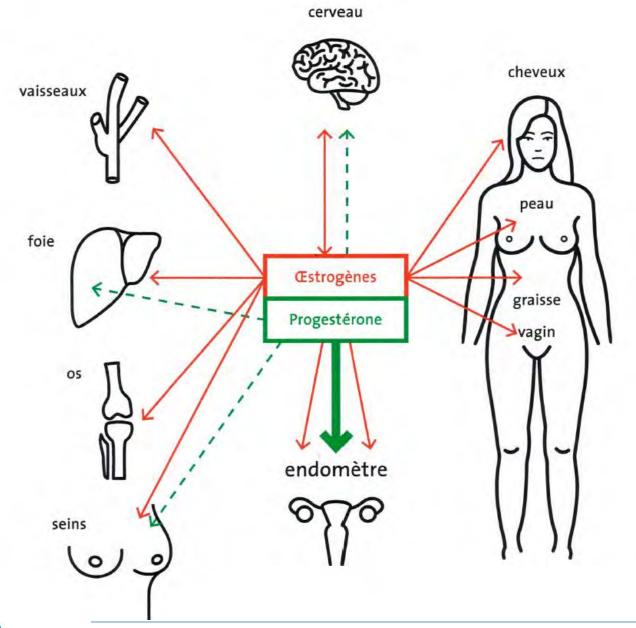
Les phyto-oestrogènes, substances extraites de plantes ayant un potentiel d'action semblable à celui des œstrogènes, sont une alternative intéressante à l'application topique d'oestrogènes dont le profil d'effets indésirables est très faible.





Eliane, 82 ans, en 2016







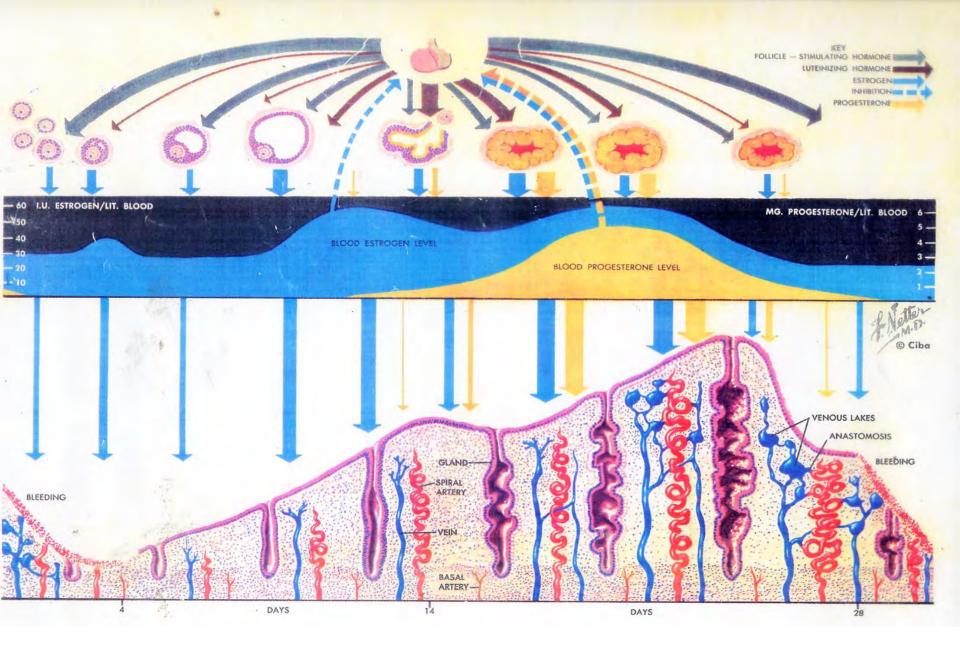
Si votre vagin pouvait parler

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

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





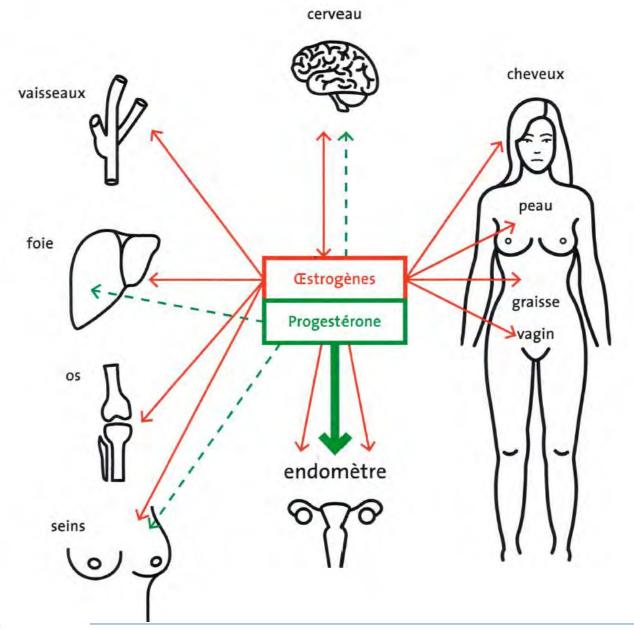




La progestérone

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 1er 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

<u>Progestérone</u> = 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 : juillet 2017

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



First to know

J. Gynäkol. Endokrinol. 2017 · 20:167-168 https://doi.org/10.1007/s41975-017-0016-y © Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2017

Petra Stute

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Bern, Schweiz



Positionspapier der Nordamerikanischen Menopause Gesellschaft (NAMS) zur HRT

Originalpublikation

[No authors listed] (2017) The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society, Menopause 24:728-753. https://doi.org/10.1097/ GME.00000000000000921

Hintergrund

Fünf Jahre ist es her, dass die Nordamerikanische Menopausegesellschaft (NAMS) ihr letztes Positionspapier zur HRT publizierte. Das im Juni 2017 veröffentlichte Update wird von diversen internationalen Fachgesellschaften inkl. der Deutschen Menopause Gesellschaft e. V. (DMG) und der Europäischen Menopause- und Andropausegesellschaft (EMAS) unterstützt.

Zusammenfassung

Stichpunktartig sollen im Folgenden die wesentlichen Neuerungen bzw. interessanten Einzelaspekte beschrieben werden:

Allgemeines

- FDA-Indikationen für eine HRT: 1) störende vasomotorische Beschwerden, 2) Prävention des Knochenmasseverlustes, 3) Hypoöstrogenämie aufgrund von Hypogonadismus, Kastration oder präma-

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem "Newsletter" der Deutschen Menopause Gesellschaft e.V. und der Schweizerischen Menopausengesellschaft Dieser Beitrag wird auch im Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Österreich 2017, https://dx.doi.org/10.1007/s41974-017-0013-9 veröffentlicht.

turer Ovarialinsuffizienz (POI) und 4) urogenitale Atrophie.

- Das bisherige HRT-Konzept "lowest dose for the shortest period of time" wird als unpassend oder für einige Frauen gar als nachteilig beurteilt. Das neue HRT-Konzept lautet: "appropriate dose, duration, regimen, and route of administration".
- Eine HRT sollte nicht routinemäßig im Alter von 65 Jahren beendet werden. Eine Fortführung der HRT kann bei Frauen über 60-65 Jahren nach entsprechender Beratung bei persistierenden vasomotorischen Beschwerden, Aspekten der Lebensqualität und/oder zur Osteoporoseprävention in Erwägung gezogen werden.
- Der Einsatz von individuell hergestellten bioidentischen Hormonen wird im Allgemeinen aufgrund von mangelnden Sicherheitsdaten nicht empfohlen. In speziellen Situationen wie Allergien sollte die Indikation schriftlich dokumentiert werden.
- Hormonspeicheltests zur Bestimmung der HRT-Dosis sind unzuverlässig und werden nicht empfohlen.

Gestagentyp

- Orales mikronisiertes Progesteron à 300 mg zur Nacht reduziert Hitzewallungen und nächtliche Schweißausbrüche und verbessert den Schlaf.
- Mikronisiertes Progesteron ist möglicherweise weniger thrombogen als andere Progestagene.

Vaginale Atrophie

- Zur Behandlung der vaginalen Atrophie sind neben vaginalen Östrogenen der SERM Ospemifen und intravaginales DHEA zugelassen.

Prämature Ovarialinsuffizienz (POI)

 Eine unbehandelte frühe Menopause und POI sind mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankung, Demenz, Apoplex, M. Parkinson, Augenerkrankungen und einer erhöhten Gesamtmortalität verbunden.

Sinnesorgane

= Eine HRT kann das Risiko für Augentrockenheit erhöhen, kann aber das Risiko für Katarakt und Offenwinkelglaukom reduzieren.

Muskulatur

- In Kombination mit Krafttraining erhält bzw. erhöht eine HRT die Muskelmasse und verbessert die Muskel-

Schlaganfall und Gesamtmortalität

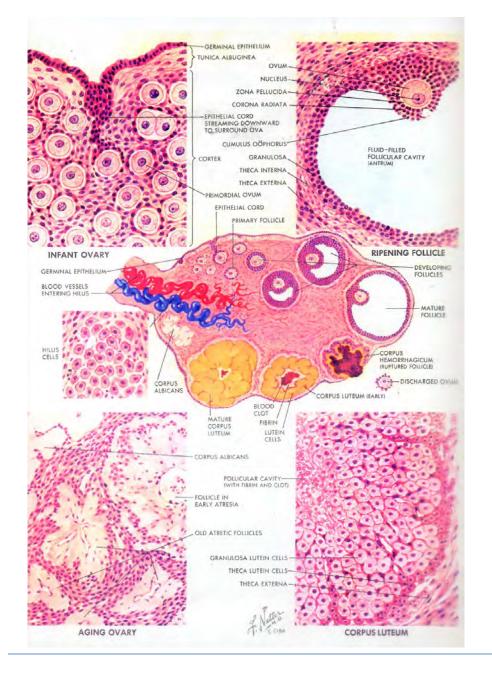
- = Ein HRT-Start vor dem 60. Lebensjahr bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause reduziert signifikant die Gesamtmortalität.
- = Ein HRT-Start vor dem 60. Lebensjahr bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause ist nicht mit einem erhöhten Apoplexrisiko verbunden.

Mammakarzinom

Eine kombinierte HRT mit CEE+MPA erhöht das Risiko für ein invasives Mammakarzinom um we-

Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Schweiz 4 · 2017 167







La testostérone, moteur de la libido des femmes





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

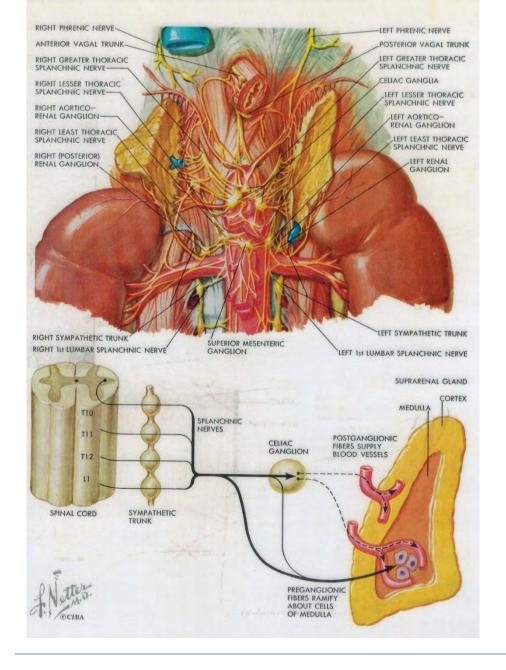
- Fait perdre du muscle
- Fait prendre du poids «gras»
- Fait chuter la libido, etc.

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

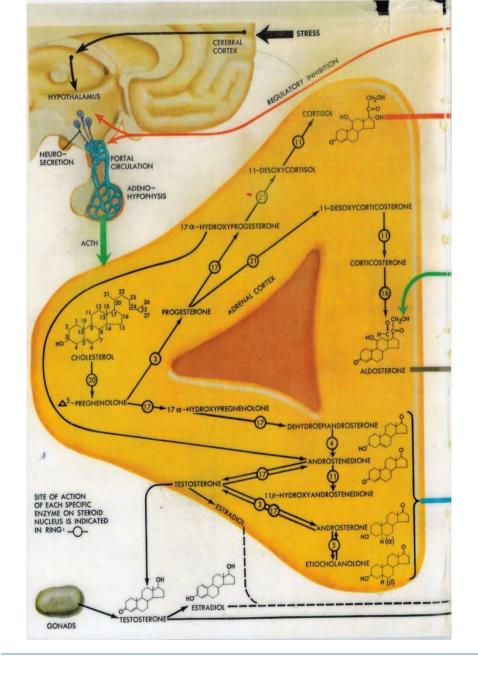
<u>L'androstènedione et l'androstènédiol</u> sont des précurseurs naturels de la testostérone, présents dans le pollen du pin écossais administré par voie sublinguale.

<u>La DHEA</u> 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 cutanéeVaginal
- ↑ 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 $^{\circ}$

DHEA 50-100 mg/j. chez 3

DHEA 50 – 100 mg chez l'Addisonien



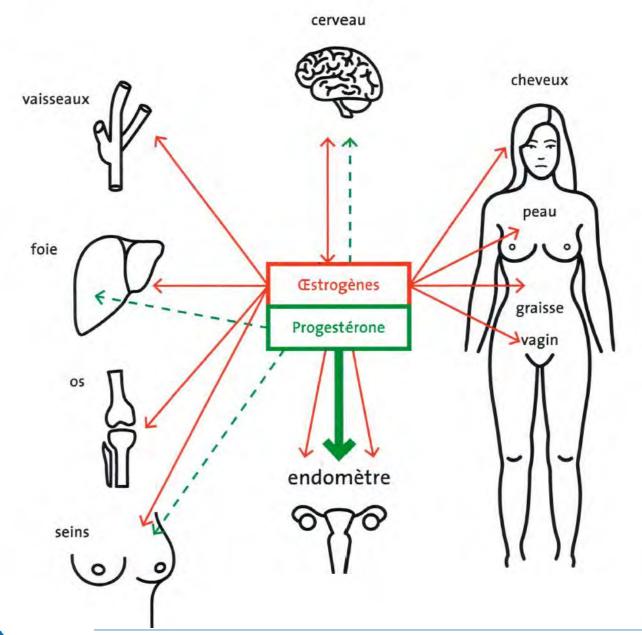
Jusqu'en 2002: des hormones pour toutes les femmes





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

<u>Traitement</u>: Premella 2,5 mg (E conjugués équins + MPA 2,5 mg) Etude randomisée versus Placebo en double aveugle



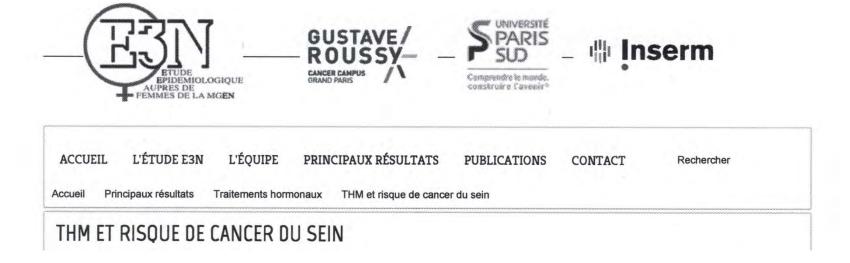
Résultats de l'étude W H I

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



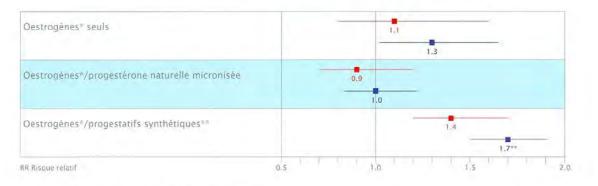


Environ 100'000 femmes volontaires françaises nées entre 1925 et 1950 et suivies depuis 1990.



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 recu de TH est indiqué ici.



^{*} préparations oestrogéniques orales et transdermiques

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)



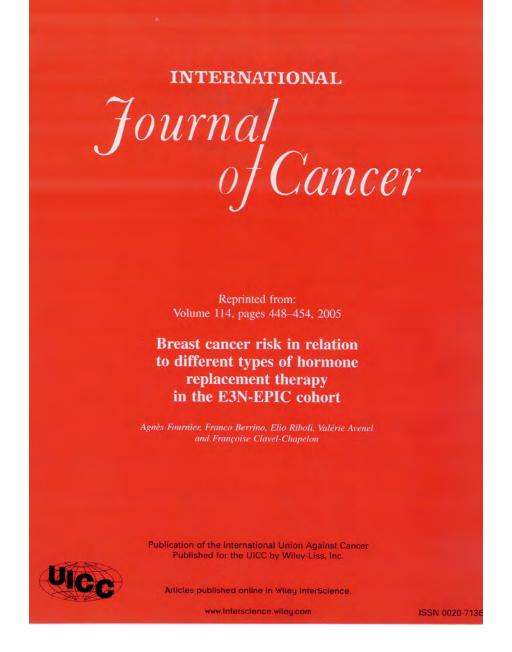
^{**} sans rétroprogestérone (dydrogestérone)

¹ Fournier A, Claylel-Chapelon F, Berrino F (inserin, Villeyulf France 94805). Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy: Update of the EIN Results. Abstracts Congress of Epidemiology, 643-6, Seattle, Washington, June 21:24 (2006)
2 Fournier A, Claylel-Chapelon F, Direction F, Claylel Chapelon F, Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies; results from the EIN 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)	







Espoir 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

«Scule l'association entre les cestrogènes et la progestérone naturelle ne majore pas le risque de cancer du sein.» Françoise 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 1,8⁸. 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





Le retour en grâce des hormones

Ménopause Les traitements de substitution convainquent à nouveau les médecins spécialistes. A condition de personnaliser la médication





ISSN 1991-282X publication 46710 2007

Medizin für die Frau

Journal für Menopause

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

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 D^r 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'études WHI, des spécialistes de la ménopause en 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



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 menopause 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 corcentration; des symptômes modérés à sévères persisteront plus de dix ans. Par ailleurs, environ 30% des femmes auront des symptômes



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/obesité, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète, des antécédents de maladies cardiovasculaires et un tabagisme. Le traitement utilisé était une combinaison d'œsrogènes équins (CEE, 0.625 mg) et d'acétate de médroscyprogestérone 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 transvaginale pour la progrone, et à des doses plus fa offrent une meilleure sécutiérapeutique.

Management - Getting Ch Care Back on Plack, Johnn E. Mansun, Dr.FH., and Andrew M. Kasmitz, M.D. Eng. I Med 2016; 374, 803-806

La WHI en bref

L'étude prospective randomisés double less contre placebo a comp 8506 femmes traitées par 0,625 d'enstrogènes conjugués aisocié 2,5 mg d'acétate de médroxyproge rore (MPA) en schéma comtané-car à 8102 femmes sous placebo.

Les objectifs essentiels étaient



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 Principes généraux Niveau d'évidence

- 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



Menopause: The Journal of The North American Menopause Society

Vol. 24, No. 7, pp. 000-000

DOI: 10.1097/GME.00000000000000921

© 2017 by The North American Menopause Society

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



September 13, 2017

Menopausal Hormone Therapy Not Associated with Mortality Risk

By Amy Orciari Herman

Edited by David G. Fairchild, MD, MPH, and Lorenzo Di Francesco, MD, FACP, FHM

Menopausal hormone therapy does not put women at increased risk for death, according to long-term follow-up from the Women's Health Initiative (WHI) randomized trials published in *JAMA*.

In the WHI, nearly 17,000 postmenopausal women with a uterus were randomized to receive either daily conjugated equine estrogens (CEE) plus medroxyprogesterone acetate, or placebo. An additional 11,000 women who'd had a hysterectomy were randomized to CEE alone or placebo.

During 18 years' follow-up — which included roughly 5–7 years of treatment and 11–12 years of post-intervention follow-up — 27% of the women died. Neither combination hormone therapy nor CEE alone was associated with all-cause mortality during the intervention or post-intervention phase. Findings were similar for cardiovascular and cancer mortality.















Une ménopause s'impose



