



La ménopause,
le début
d'une nouvelle
étape de vie

CSL Vifor



L'auteure

Prof. Petra Stute

Directrice du centre de la ménopause et du département d'endocrinologie gynécologique
Clinique de gynécologie et d'obstétrique,
Inselspital, Berne



Préface

Dre Catherine Waeber Stephan

Endocrinologue FMH, spécialisée en
endocrinologie de la reproduction,
ménopause et andrologie
A la retraite depuis 2022

Table des matières

Préface <i>Dre Catherine Waeber Stephan</i>	4
La femme moderne	6
Le cycle menstruel	8
Les hormones	10
Le corps et les émotions : les caractéristiques de la périménopause et de la ménopause	12
Les symptômes de la périménopause et de la ménopause	14
Les opportunités du traitement hormonal de la ménopause (THM)	16
Les œstrogènes, les progestatifs et les androgènes : les hormones employées dans le THM	18
Les hormones bio-identiques	22
Les hormones non bio-identiques (hormones de synthèse)	24
Les risques associés au THM	26
Mots personnels <i>Prof. Petra Stute</i>	28

Préface

La ménopause (la pause des règles) est un passage obligé pour toutes les femmes. Elle se produit entre 48 et 52 ans pour 90 % d'entre elles, un peu avant ou un peu après pour quelques autres.

Pourquoi cet arrêt des règles ?

La fonction essentielle des ovaires est de produire des œufs qui seront fécondés pour assurer la descendance. Or, le déroulement d'une grossesse exige des conditions optimales qui sont : l'âge, ainsi que la quantité et la qualité des ovocytes (qui diminuent rapidement dès 35 ans), la production des hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) qui vont préparer le terrain pour le développement du bébé jusqu'à sa naissance et pour l'allaitement jusqu'à son sevrage.

A l'époque des femmes des cavernes, l'espérance de vie était d'à peine 30 ans. La nature a donc cherché à diminuer le risque de « grossesse tardive » par deux phénomènes :

- 1) **En réduisant de manière drastique la réserve en œufs** : elle passe de 1'000'000 à 300'000 au moment de la puberté à 0 à la ménopause. La perte des œufs est inexorable et indépendante de la fonction ovarienne.
- 2) **En programmant un arrêt de la production des hormones nécessaires à la fertilité** : c'est la ménopause, qui représente la fin des règles.

Mais la ménopause, c'est avant tout l'arrêt de la production des hormones œstrogènes et progestérone. Ces dernières ne servent pas qu'à la reproduction, mais jouent un rôle important dans le maintien de la fonction de nos organes hormono-dépendants que sont les os, la peau, les cheveux, les seins, le vagin, les artères et le cerveau.

En Suisse, l'espérance de vie moyenne des femmes est passée entre 1900 et 2020 de 48 à plus de 85 ans. Toutefois, l'âge de la ménopause n'a pas évolué depuis l'Antiquité, ce qui signifie que les femmes d'aujourd'hui devraient vivre sans hormones (œstrogènes, androgènes et progestérone) pendant plus de 30 ans avec des répercussions très importantes sur leur qualité de vie.

Pourquoi traiter les conséquences de la ménopause ?

Si l'on souffre d'un déficit en hormones thyroïdiennes ou d'une insuffisance surrénalienne, le traitement hormonal substitutif en thyroxine ou en cortisone est une nécessité médicale indiscutable et sera pris à vie car ces hormones sont vitales. Cependant, vivre 30 ans sans œstrogènes, sans progestérone et sans androgènes ne conduit pas nécessairement à un traitement hormonal substitutif de la ménopause par peur des risques et en particulier par peur du cancer du sein !

Le but de cette brochure est donc de documenter de façon objective et scientifiquement démontrée l'intérêt des traitements hormonaux actuels qui sont bio-identiques et qui remplacent de façon physiologique l'action de chaque hormone sur les organes cibles afin de préserver et maintenir la vitalité :

- **Le cerveau** : pour contrer les troubles du sommeil, la déprime, la baisse de libido, les sudations nocturnes, les vapeurs, etc.
- **Les os** : pour assurer le maintien du remodelage osseux.
- **Le vagin** : pour permettre la lubrification et la poursuite d'une sexualité épanouie.
- **Préserver** : la qualité de la peau et des cheveux .

L'objectif étant de bien vivre les longues années après la ménopause, qui n'est en fait que l'arrêt bienvenu des règles et de la fertilité à 50 ans.

Dr Catherine Waeber Stephan, 75 ans, endocrinologue à la retraite, ménopausée et toujours substituée



Paula (51)
adore son métier.

« Mon métier me demande de faire constamment face à de nouveaux défis. M'adapter à de nouvelles situations et chercher la meilleure façon de procéder me pousse et me motive à la fois, et il en va de même de la ménopause. Puis-je agir lorsque les troubles perturbent mon quotidien et devrais-je le faire ? Je souhaitais me renseigner pour trouver une réponse à mes questions. »

La femme moderne

Fortes, indépendantes, en emploi ou femme au foyer, mères, actives, sportives, voyageuses, les femmes d'aujourd'hui endossent une multitude de casquettes. Elles ont des opportunités, elles organisent leur vie de différentes manières, mais ont un point commun : elles traversent toutes un jour ou l'autre la ménopause. Chez la plupart d'entre elles, la ménopause survient entre 40 et 50 ans. De ce point de vue-là, rien n'a changé. Cela signifie qu'en Suisse, si on tient compte du fait que l'espérance de vie des femmes dépasse maintenant 80 ans, elles passent en moyenne 30 ans sans hormones sexuelles suffisantes. Sans compter qu'en 2050, ce chiffre s'élèvera à 50 ans ! La ménopause est une phase importante dans la vie d'une femme, dont il vaut la peine de s'informer.

C'est le cas de Paula. Elle a de la peine à s'adapter à l'arrêt de ses règles, aux bouffées de chaleur, aux sautes d'humeur, aux insomnies et à la sécheresse vaginale. Tous ces symptômes nous compliquent la vie. Selon les spécialistes, un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut être avantageux, pour autant qu'on évalue ses avantages et ses inconvénients. Quelles sont les répercussions à long terme d'une carence en œstrogènes, en progestérone (progestatifs) et en androgènes (hormones masculines) ? Comment le THM nous aide-t-il, et quelles sont les connaissances actuelles sur le sujet ? Des questions complexes pour Paula, mais il vaut toujours la peine de s'informer.

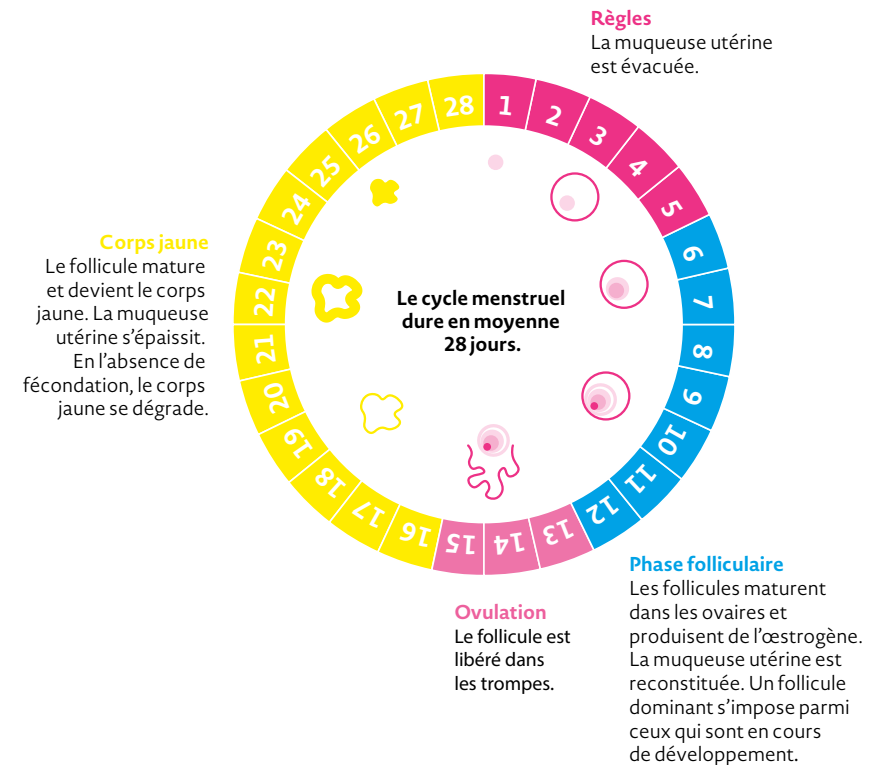
Le cycle menstruel

Le cycle menstruel de la femme est un processus complexe. L'objectif principal de la fonction ovarienne est d'assurer la reproduction, c'est-à-dire le fait d'enfanter. De la puberté à la périménopause, l'activité ovarienne se répartit sur un cycle d'environ 28 jours. Pendant les 14 premiers jours du cycle, les ovaires se chargent du développement de l'ovule (ovocyte) et du follicule, la coque qui enveloppe l'ovule et produit tous les éléments indispensables à sa maturation : les androgènes (hormones masculines) qui se transforment en œstrogènes (hormones féminines), les facteurs de croissance et le glucose, source d'énergie. L'ovulation a lieu entre le 13^e et le 15^e jour du cycle (le premier jour étant le premier jour des règles). L'ovulation est le moment où l'ovule descend dans une trompe de Fallope pour y être fécondé (ou non) par un spermatozoïde.

Après l'ovulation, le follicule reste dans l'ovule et se transforme en corps jaune qui produira de la progestérone (l'hormone de grossesse). Si l'ovule est fécondé et qu'une grossesse débute, le corps jaune se développe, le taux de progestérone dans le sang augmente, et l'hypophyse (une petite glande située dans le cerveau) stoppe la fonction ovarienne pour qu'aucune autre grossesse ne soit possible. C'est ce qu'on appelle l'action contraceptive de la progestérone.

En cas d'absence de grossesse, le corps jaune se dégrade, ce qui baisse le taux de progestérone et signale à l'hypophyse qu'il peut démarrer le prochain cycle, et donc les prochaines règles.

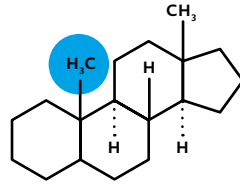
Le déroulement du cycle



Les hormones dans le corps féminin

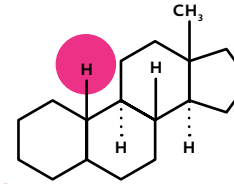
En résumé, les ovaires produisent les hormones suivantes durant la phase de fertilité :

Androgènes



Hormones masculines, dont la majeure partie se transforme en œstrogènes (hormones féminines) et exercent un effet stimulant sur la libido et la musculature.

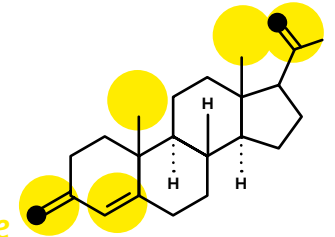
Œstrogènes



Hormones féminines, qui exercent un effet sur de nombreux organes :

- La muqueuse utérine se développe pour préparer la nidification de l'ovule fécondé (embryon).
- La poitrine, qui se développe à la puberté.
- La psyché féminine.
- Le changement structurel des os, dont le renouvellement est principalement assuré par les œstrogènes.
- Le système cardiovasculaire et l'effet protecteur des œstrogènes sur les artères et le taux de cholestérol.
- La répartition du tissu adipeux.
- La texture de la peau, des cheveux et des poils.
- La lubrification vaginale et l'hydratation des muqueuses.

Progestérone



Hormone qui modifie la muqueuse utérine épaissie par les œstrogènes, pour que l'embryon puisse s'implanter.

- La progestérone a un effet anxiolytique, calmant, et agit légèrement contre la rétention d'eau.
- Le taux de progestérone baisse 14 jours après l'ovulation si l'ovule n'a pas été fécondé, ce qui déclenche les règles. La muqueuse utérine est alors évacuée pour être reconstituée au prochain cycle.

Le corps et les émotions : les caractéristiques de la péri- ménopause et de la ménopause

La ménopause est un processus physiologique naturel qui survient à la fin de la phase de fertilité, alors que l'activité ovarienne cesse. L'âge moyen de la ménopause est de 51 ans. Ses effets et leur intensité varient d'une femme à l'autre ; certaines ont des symptômes plutôt émotionnels, car l'arrêt des règles correspond au moment où les enfants quittent le nid familial. Une nouvelle étape de vie commence, et elles prennent conscience qu'elles vieillissent.

D'autres ont des symptômes physiques tels que des bouffées de chaleur et des suees nocturnes, des troubles du sommeil, des sautes d'humeur, une irritabilité ou des états dépressifs.

La ménopause marque le début de changements physiques dus au manque durable d'œstrogènes et d'androgènes. La carence en androgènes s'accompagne d'une diminution (voire d'une disparition) de la libido, d'une diminution de la masse musculaire et d'une augmentation des tissus adipeux dans la région abdominale, d'une prise de poids ainsi que d'une modification de la silhouette.

Sur le long terme, la carence en œstrogènes a des répercussions sur les os et favorise l'ostéoporose (fragilité osseuse). Les os perdent en solidité et deviennent cassants. Les fractures sont plus fréquentes. Sans hormonothérapie, la probabilité d'être atteinte d'ostéoporose dans les 30 ans qui suivent la ménopause augmente énormément, surtout dans les groupes de femmes à risque, c'est-à-dire celles qui ont un poids insuffisant, font énormément de sport, fument, ont eu une puberté tardive ou une longue période sans menstruations.



L'effet protecteur des œstrogènes sur les artères et la cholestérolémie disparaît lui aussi, ce qui augmente les cas de maladies cardiovasculaires, principale cause de décès chez les femmes âgées (loin devant le cancer, et le cancer du sein en particulier). Après la ménopause, la peau vieillit, les muqueuses s'assèchent, les cheveux s'affinent et chutent, et les articulations perdent en mobilité (arthrose).

Il est important de savoir que si toutes les femmes atteignent la ménopause, toutes n'auront pas les troubles décrits ici.

Les symptômes de la périméno- pause et de la ménopause

Chaque femme naît avec un nombre d'ovules (follicules) précis, qui diminue dès la naissance. La fertilité chute drastiquement à partir de 38 ans, car les femmes ont été « programmées » à une époque où elles mourraient jeunes, et elles n'ont pas été « reprogrammées » depuis que leur espérance de vie a atteint 85 ans. La réserve ovarienne s'épuise entre 40 et 50 ans, et avec elle, la libération de certaines hormones.

La plupart du temps, la périménopause commence par de petites modifications du cycle et de légers symptômes. Les cycles raccourcissent, et les règles se rapprochent les unes des autres. L'ovulation ne se produit plus à chaque cycle. On appelle cela l'anovulation ; elle se caractérise par l'absence de progestérone. Si un ou deux follicules arrivent à maturation sans qu'une ovulation n'ait lieu, le taux d'œstrogènes augmente tout de même, et la muqueuse utérine continue à croître. Ces taux élevés d'œstrogènes peuvent se manifester par des maux de tête, de la rétention d'eau et des tensions dans la poitrine. Les règles suivantes sont souvent très abondantes. Puis les phases sans ovulation deviennent de plus en plus fréquentes. La muqueuse utérine ne se développe plus, et les règles cessent. On observe alors souvent des symptômes associés à une carence en œstrogènes, tels que des bouffées de chaleur. La périménopause, c'est-à-dire la période qui voit apparaître ces changements hormonaux, dure entre quatre et huit ans. Elle se termine par les dernières règles (la ménopause à proprement parler).

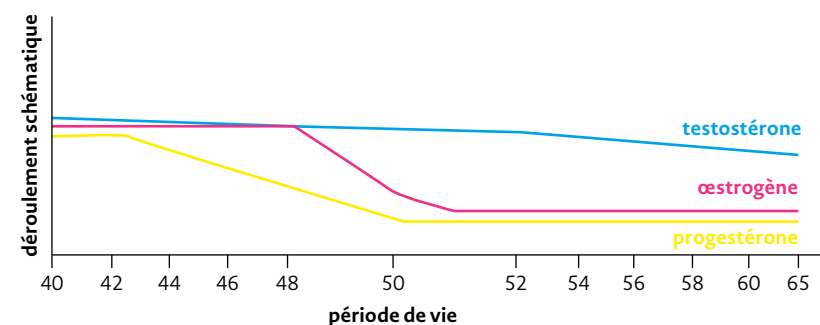
Les traitements hormonaux aident les femmes qui souffrent durant la périménopause et la ménopause. Ils améliorent leur qualité de vie et soulagent les symptômes provoqués par les carences hormonales. Certaines précautions doivent toutefois être prises pour éviter d'exposer les patientes à des risques qui annuleraient les bénéfices.

Paula (51)
prend soin de son corps.

« Les ovaires cessent progressivement de fonctionner, mais les conséquences de cet arrêt ne se manifestent pas toutes immédiatement. »



Evolution du taux d'œstrogènes, de progestérone et de testostérone dans le sang durant la périménopause



Les opportunités du traitement hormonal de la ménopause (THM)

Qu'est-ce que le THM, et comment peut-il aider les patientes ?

Le THM (traitement hormonal de la ménopause) vise à soulager les troubles associés à la périménopause tels que les bouffées de chaleur, les insomnies et les sueées nocturnes. Il consiste à équilibrer les hormones dont les taux chutent pendant la périménopause et la ménopause.

En principe, un THM classique consiste en un traitement par œstrogènes, ou un traitement associant œstrogènes et progestatifs. Un traitement exclusivement à base d'œstrogènes n'est indiqué que chez les femmes à qui on a ôté l'utérus (hystérectomie). En effet, toutes les femmes qui possèdent un utérus ont besoin d'une hormone lutéinisante (progestatif), qui protège leur muqueuse utérine.

On distingue par ailleurs deux types de traitements associant œstrogènes et progestatifs : un schéma séquentiel combiné, et un schéma continu combiné.

Le THM séquentiel combiné : cette forme de traitement consiste à administrer les œstrogènes et les progestatifs en suivant un schéma par étapes. Le schéma séquentiel convient surtout aux femmes en périménopause qui ont encore leurs règles.

Le THM continu combiné : cette forme de traitement consiste à administrer les œstrogènes et les progestatifs quotidiennement, sans interruption. On la recommande aux femmes qui n'ont plus leurs règles (postménopausées) ou qui ne souhaitent plus avoir leurs règles.



Paula (51) mise sur un conseil personnalisé.

« L'important, c'est de tenir compte de nombreux facteurs – aspects physiques et psychiques, situation de vie – pour prendre la décision thérapeutique la mieux adaptée à la patiente. »

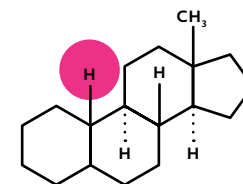
Les œstrogènes, les progestatifs et les androgènes : les hormones employées dans le THM



Paula (51)
souhaite rester active.

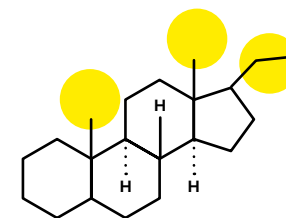
« Si la ménopause correspond à la fin naturelle de la phase reproductive de la femme, cela ne veut pas forcément dire qu'elle devient littéralement moins active. »

Après la ménopause, les ovaires cessent de produire des œstrogènes et de la progestérone. Ils continuent de produire des androgènes, mais leur quantité diminue au fil du temps. Au fait, pourquoi les femmes ont-elles besoin de ces hormones ?



Œstrogènes

Les œstrogènes diminuent d'une part les troubles associés à la périménopause tels que les bouffées de chaleur, les insomnies, les états dépressifs, les problèmes musculaires et articulaires et la sécheresse vaginale. D'autre part, ils protègent de nombreux composants organiques tels que les os, le cerveau et le système cardiovasculaire, et préviennent dans une certaine mesure les fractures, la démence et les infarctus.



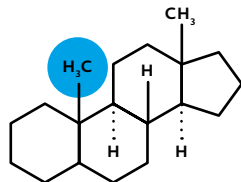
Les progestatifs

Durant la phase fertile de la femme, la progestérone naturelle sert principalement à préparer la muqueuse utérine à la nidification de l'embryon.

Quels rôles jouent les progestatifs après la périménopause ?

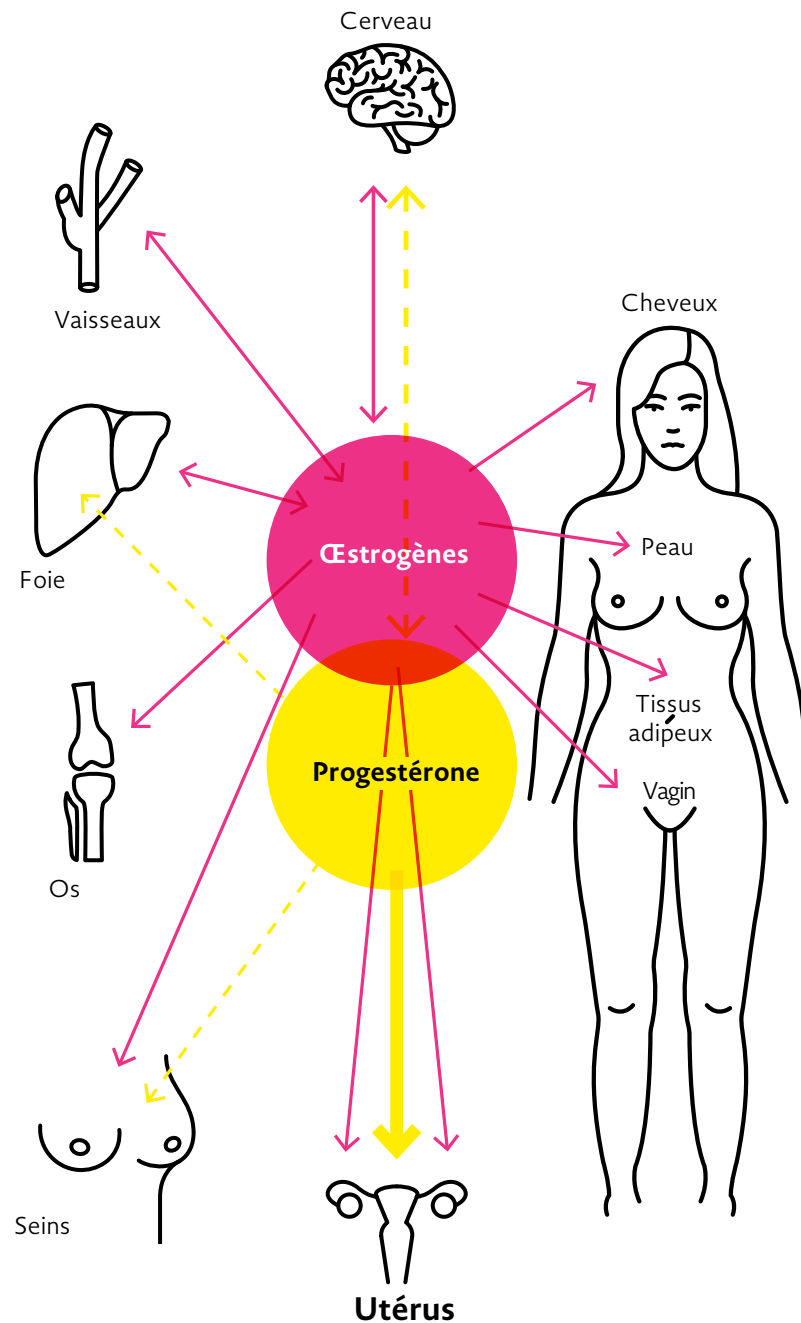
Ils jouent un rôle essentiel dans le cadre d'un THM, puisqu'ils protègent la muqueuse utérine contre l'effet stimulant de l'œstrogène. Si on administrait un traitement exclusivement à base d'œstrogènes chez les femmes qui possèdent un utérus, on augmenterait le risque de cancer de la muqueuse utérine à moyen et à long terme.

En Suisse, le THM contient toujours des œstrogènes produits naturellement par l'organisme (œstradiol, œstriol), cependant il existe divers types de progestatifs. On distingue les progestatifs artificiels (de synthèse) des progestatifs naturels produits par l'organisme, la progestérone. Le choix du type de progestatif à employer dépend de l'objectif thérapeutique. Si on souhaite prévenir une grossesse, il faut employer un progestatif artificiel qui inhibe l'ovulation, car les doses de progestérone produites par le corps sont insuffisantes pour produire l'effet escompté. En revanche, la progestérone naturelle est très souvent et volontiers employée dans le cadre d'un THM. Lorsqu'elle est administrée par voie orale, elle est transformée en d'autres produits métaboliques qui exercent un effet sédatif, anxiolytique et diurétique sur le cerveau. Des données laissent également penser qu'elle protège le cerveau et a des effets bénéfiques sur les maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques.



Androgènes

Une étude publiée en 2001 a montré que 61 % des femmes de 50 à 59 ans ont une vie sexuelle active. Entre 60 et 69 ans, elles sont 45 %, et ce pourcentage passe à 28 % entre 70 à 79 ans. Mais c'était en 2001 ! Parmi les causes de ce déclin, on retrouve la sécheresse vaginale, due à une carence en œstrogènes à la ménopause, et la baisse de la production d'androgènes. La testostérone, quant à elle, continue à être produite après la ménopause, mais à des quantités moindres. D'autres facteurs jouent un rôle important dans la sexualité, tels que les récepteurs des androgènes dans les muscles et les tendons. Une chute de la production d'androgènes favorise en effet la perte de masse musculaire et les douleurs musculaires et articulaires.



Les hormones bio-identiques

L'hormone bio-identique (identique à celle produite par l'organisme) 17 β -estradiol : l'œstrogène produit par le follicule dans l'ovaire se nomme 17 β -estradiol. Cette hormone bio-active exerce un effet sur divers organes sensibles aux œstrogènes tels que l'utérus, le vagin, la poitrine, le cerveau, le foie et les os. Le traitement hormonal de la ménopause a pour objectif de simuler aussi précisément que possible cette hormone humaine. Lorsque le 17 β -estradiol est pris par voie orale, il arrive en premier lieu dans le foie après son passage dans le tractus gastro-intestinal, avant de se retrouver dans la circulation sanguine. Le foie est entre autres responsable de la transformation des substances en vue de leur élimination dans l'urine et les selles. Le 17 β -estradiol est donc immédiatement transformé par le foie, pour que seule une petite partie de la dose originale passe dans la circulation sanguine. Ce passage modifie à son tour certaines protéines produites par le foie. Par exemple, pris par voie orale, le 17 β -estradiol modifie la coagulation sanguine, ce qui favorise la formation de caillots sanguins dans les veines profondes des jambes (thrombose veineuse profonde). Lorsque l'hormone est administrée par la peau sous forme de gel ou de patch, l'effet de premier passage hépatique n'a pas lieu, la coagulation sanguine n'est pas impactée, et le risque de thrombose n'augmente pas. Si le 17 β -estradiol est l'hormone la plus fréquemment utilisée dans le cadre du THM, on utilise également de l'estriol bio-identique, administré localement (par voie vaginale) la plupart du temps, par exemple en cas de sécheresse vaginale.

La progestérone bio-identique (identique à celle produite par l'organisme) : comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, la progestérone protège la muqueuse utérine. Elle a aussi de nombreux effets positifs sur les troubles associés à la périménopause tels que les troubles du sommeil et l'agitation interne. Cet effet sur le système nerveux ne se produit cependant que lorsque la progestérone est prise par voie orale. Si cet effet n'est pas souhaité, l'hormone pourrait aussi être administrée par voie vaginale. L'application de progestérone sur la peau ne protège pas la muqueuse utérine et n'est donc pas recommandée dans le cadre d'un THM!

Paula (51)
continue à apprendre.

« Je trouve qu'il est essentiel de rester au courant de ce qui se passe, dans la vie privée comme dans la vie professionnelle. C'est particulièrement important en médecine, car la recherche continue d'avancer. A l'heure actuelle, des hormones naturelles faiblement dosées sont utilisées dans le traitement hormonal de la ménopause. Leur structure et leur fonction sont identiques à celles produites par le corps de la femme. »



Les hormones non bio-identiques (hormones de synthèse)

Toutes les hormones disponibles en Suisse, que ce soit des hormones bio-identiques ou artificielles, sont d'origine végétale (yam, soja). Les hormones bio-identiques et celles de synthèse se distinguent donc principalement par leur formule chimique. Alors que les hormones bio-identiques ont exactement la même formule chimique structurale que le 17 β -estradiol et la progestérone produits par les ovaires, celle des hormones de synthèse est différente. La progestérone bio-identique est uniquement prise par voie orale dans le cadre d'un THM (ou pourrait être appliquée par voie vaginale). En revanche, les progestatifs de synthèse peuvent également être appliqués sur la peau ou insérés dans l'utérus (stérilet hormonal).



Forme d'administration et dosage

Durant la périménopause, le THM doit être prescrit au cas par cas, selon que la patiente souhaite arrêter ses règles ou non. Les facteurs suivants influencent cette décision :

- L'intensité des symptômes
- Le style de vie (poids, tabagisme)
- Les maladies préexistantes et les chirurgies antérieures
- Les facteurs de risque familiaux de thrombose ou de cancer
- L'âge de la patiente
- L'âge à la ménopause
- Le laps de temps écoulé depuis la ménopause
- Le souhait de la patiente

La prescription d'un THM requiert un examen gynécologique complet et la détermination des facteurs de risque personnels et familiaux au préalable. Attention, la dose et la durée d'un THM se basent sur le besoin et le profil de risque de la patiente, et elles ne sont pas limitées, a priori.

Les risques associés au THM

Quels risques sont associés au traitement hormonal de la ménopause ?

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, chez les femmes à risque, un traitement hormonal augmente le risque de thrombose et d'embolie pulmonaire, d'AVC et de troubles de la vésicule biliaire, lorsque les œstrogènes sont pris par voie orale. Ces cas sont cependant rares (1-3 cas/1000 par année de traitement) et dépendent fortement des prédispositions génétiques des patientes. Si, par exemple, une femme a des facteurs de risque cardiovasculaire (p. ex. hypertension, tabagisme, surpoids/obésité, âge >60 ans), il vaut mieux opter pour des œstrogènes transdermiques.

Le risque de cancer du sein n'est pas influencé par la forme d'administration des œstrogènes (voie orale ou transdermique). C'est surtout leur association avec un progestatif et la durée du traitement qui jouent un rôle dans ce cas-là. Un traitement exclusivement par œstrogènes n'a donc aucune influence négative sur la poitrine, et peut même diminuer le risque de cancer du sein. De manière générale, un THM associé augmente le risque de cancer du sein à partir d'une durée de traitement d'environ cinq ans et demi. Qu'est-ce que cela signifie réellement ? Si on compare 1000 femmes âgées de 50 à 59 ans sous THM combiné à 1000 femmes du même âge sans THM, trois cas de cancer du sein supplémentaires seront diagnostiqués dans le groupe sous traitement hormonal. Environ 14 des 1000 femmes âgées de 50 à 59 ans dans le groupe sans hormones recevront « de toute manière » un diagnostic de cancer du sein, et dans le groupe sous hormones trois femmes supplémentaires recevront un diagnostic, ce qui fait 17 femmes au total. Dans sa prise de position publiée en 2022, la société nord-américaine de la ménopause (North American Menopause Society, NAMS) a classé ce risque comme « rare ».

Bien entendu, les femmes devraient se soumettre aux examens de dépistage nationaux recommandés, qu'elles soient ou non sous THM. Le THM ne réduit pas l'intervalle entre les examens de dépistage.

La posologie et la durée d'un THM

On a longtemps considéré que la dose la plus faible possible devait être administrée sur une période aussi courte que possible, mais ce concept est depuis longtemps dépassé. Aujourd'hui, le THM repose sur trois axes : la dose qui soulage les symptômes le plus efficacement possible, le type de traitement et le type d'administration. Le traitement hormonal de la ménopause ne doit pas impérativement prendre fin à 65 ans ; il peut être prolongé chez les patientes en bonne santé dont l'espérance de vie est longue. Il faut réévaluer les risques et les bénéfices régulièrement, par exemple une fois par année.

Ces principes de base ne s'appliquent toutefois pas dans tous les cas, car chaque femme est unique. Qu'elle soit célibataire, mariée, en emploi, mère, sportive, chacune a le droit à un conseil et un traitement personnalisé.

Paula (51) a le souci du détail.

« Je veux peser en détail les avantages et les inconvénients avant de prendre des décisions importantes, surtout s'il est question de mon corps. Je veux m'appuyer sur des faits. »



Mots personnels

Pour beaucoup de femmes, la périménopause semble arriver tout d'un coup. Passé le choc initial, elles se résignent souvent à subir les conséquences de ces changements hormonaux. Elles pensent qu'ils sont inéluctables et que c'est le destin. Du moins, c'est mon impression après toutes mes années de consultation. Mais ce n'est pas une fatalité !

J'aimerais encourager toutes les femmes à chercher de l'aide. Vous n'avez pas à subir les symptômes de la périménopause ! Ne les laissez pas entraver votre vie privée, votre vie professionnelle et vos activités sociales ! On a besoin de vous, et c'est votre vie à vous. Vous n'avez aucune raison de souffrir en silence. Les possibilités de traitement sont nombreuses, vous trouverez certainement la vôtre.

Vous n'avez pas non plus à décider de prendre ou non des hormones pour le restant de votre vie. La périménopause est un processus individuel ; une phytothérapie peut suffire au début, voire tout le temps chez certaines femmes. D'autres sont submergées par les symptômes, et les hormones sont une bénédiction ponctuelle ou permanente. C'est une décision à prendre seule (et avec son médecin traitant). Personne ne peut prendre de décision à votre place.

Je vous souhaite de vivre des expériences enrichissantes durant cette phase de votre vie ! Elle nous force à nous concentrer sur nous-mêmes, ce que beaucoup d'entre nous ne feraient pas autrement. L'idée que nous devons « fonctionner coûte que coûte » est encore bien ancrée dans les mœurs. La périménopause est l'occasion de vous demander quels sont vos désirs, et de les réaliser !

Votre Petra Stute (50+)



Paula (51)
se réjouit de cette nouvelle phase de vie.

« La nature a défini la période de fertilité de la femme, mais sa fin peut être une libération et un gain de qualité de vie à bien des niveaux. Le traitement par hormones bio-identiques est adapté à mon corps et m'accompagne durant cette nouvelle étape de vie. Tout se passe mieux quand on accepte les changements et qu'on saisit les opportunités qui se présentent. »



Avec l'aimable soutien de CSL Vifor

CSL Vifor

200373 F 0319.CH-OES-1900007