

Un outil efficace de prise en charge de la ménopause en première ligne

Susan Goldstein MD CCFP FCFP NCMF

La population canadienne vieillit. En 2014, les femmes de 50 à 54 ans formaient la cohorte d'âge la plus vaste chez les femmes au Canada¹, un âge auquel la plupart des femmes amorcent la transition vers la ménopause. Cette transition s'accompagne parfois, entre autres, de symptômes vasomoteurs, du syndrome *génito-urinaire* de la ménopause (SGM), de changements de l'humeur et du sommeil, et de douleurs articulaires².

Après qu'on eût mis fin précocement à la Women's Health Initiative en 2002, l'hormonothérapie substitutive (HTS) a fait l'objet d'une grande controverse en raison de rapports signalant un risque accru de cancer du sein et de maladie cardiovasculaire³. En réponse à cette controverse, l'intérêt à l'égard des options non hormonales s'est accru et nombre d'entre elles ont été évaluées (p. ex. antidépresseurs, gabapentine, prégabaline, clonidine, phytoestrogènes). Bien que ces médicaments soient efficaces contre les symptômes vasomoteurs légers, ils ne le sont pas particulièrement contre les symptômes vasomoteurs modérés à sévères ou contre d'autres préoccupations liées à la ménopause^{4,5}.

Nouvelles lignes directrices

L'hormonothérapie substitutive demeure le traitement le plus efficace contre les symptômes vasomoteurs; elle est aussi indiquée contre le SGM (auparavant appelé *atrophie vulvo-vaginale*) et pour la protection des os^{4,6,7}. Les données de la *Women's Health Initiative* ont récemment été réévaluées afin de mieux guider les médecins dans la sélection des patientes, les risques ayant été réévalués et stratifiés en fonction de l'âge et du temps écoulé depuis la ménopause⁸. De nouvelles lignes directrices ont été rédigées, le consensus étant que l'HTS est sûre chez les femmes de moins de 60 ans qui sont ménopausées depuis moins de 10 ans^{4,6} et qu'elle peut se poursuivre chez certaines femmes après l'âge de 65 ans⁹. Cela

est pertinent sur le plan clinique, puisque de nouvelles données ont fait surface indiquant que de nombreuses femmes continuent de manifester des symptômes substantiels dans la soixantaine, la durée moyenne des symptômes vasomoteurs étant de plus de 7 ans et pouvant se prolonger au-delà de 11 ans chez beaucoup de femmes¹⁰. Sans mentionner une durée fixe pour le traitement, les lignes directrices préconisent maintenant d'individualiser l'hormonothérapie en fonction du profil risques-avantages unique à chaque patiente^{4,6}.

De nombreux médecins de première ligne ont peu d'expérience dans le traitement des femmes en ménopause. De nouvelles lignes directrices et de nouveaux énoncés de position de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada⁴, de la *North American Menopause Society*⁷ et de l'*International Menopause Society*⁶ aident les prestataires de soins de santé à dispenser des soins aux femmes en ménopause. Ces énoncés, publiés par de grandes organisations vouées à la santé des femmes d'âge mûr, incluent des recommandations voulant qu'il faille poser certaines questions à toutes les femmes en péri-ménopause^{4,6,7}. Mais les questionnaires existants sur la ménopause, tels que le questionnaire MENQOL (*Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire*) et l'échelle climatérique de Greene, sont fastidieux et ne sont pas un choix idéal en soins de première ligne.

Avec en tête les besoins des médecins de première fort occupés, j'ai créé un questionnaire d'évaluation rapide de la ménopause, appelé *Menopause Quick 6* (MQ6) (**Figure 1**)^{4,6}. Cette échelle à 6 items évalue les symptômes de la ménopause pour lesquels il existe des options thérapeutiques fondées sur les données probantes tout en évaluant la patiente dans le but de guider les choix thérapeutiques. Ce bref questionnaire, rédigé dans un vocabulaire général, s'utilise dans le cadre de n'importe quelle rencontre clinique, y compris lors de l'examen médical périodique.

Les 6 questions ont été choisies parce qu'elles fournissent des renseignements utiles pouvant guider les décisions de prise en charge, comme le décrit le **Tableau 1**^{2,4,6,10-12}.

Mettre le MQ6 en pratique

Le MQ6 a été conçu pour être un outil rapide et efficace pour la pratique de première ligne. L'information qu'il fournit par ses 6 questions peut guider les décisions thérapeutiques fondées sur les données probantes, comme le décrit l'algorithme de la **Figure 2**⁵.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2017;63:e219-22

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2017 issue on page 295.

Comme le précise l'algorithme, lorsque l'hormonothérapie est indiquée et qu'il n'existe pas de contre-indications, une préparation transdermique, qui évite le métabolisme hépatique de premier passage, est

recommandée chez les femmes qui présentent des comorbidités élevant le risque cardiovasculaire, y compris un risque de thromboembolie veineuse ou d'AVC (selon les données observationnelles)¹¹.

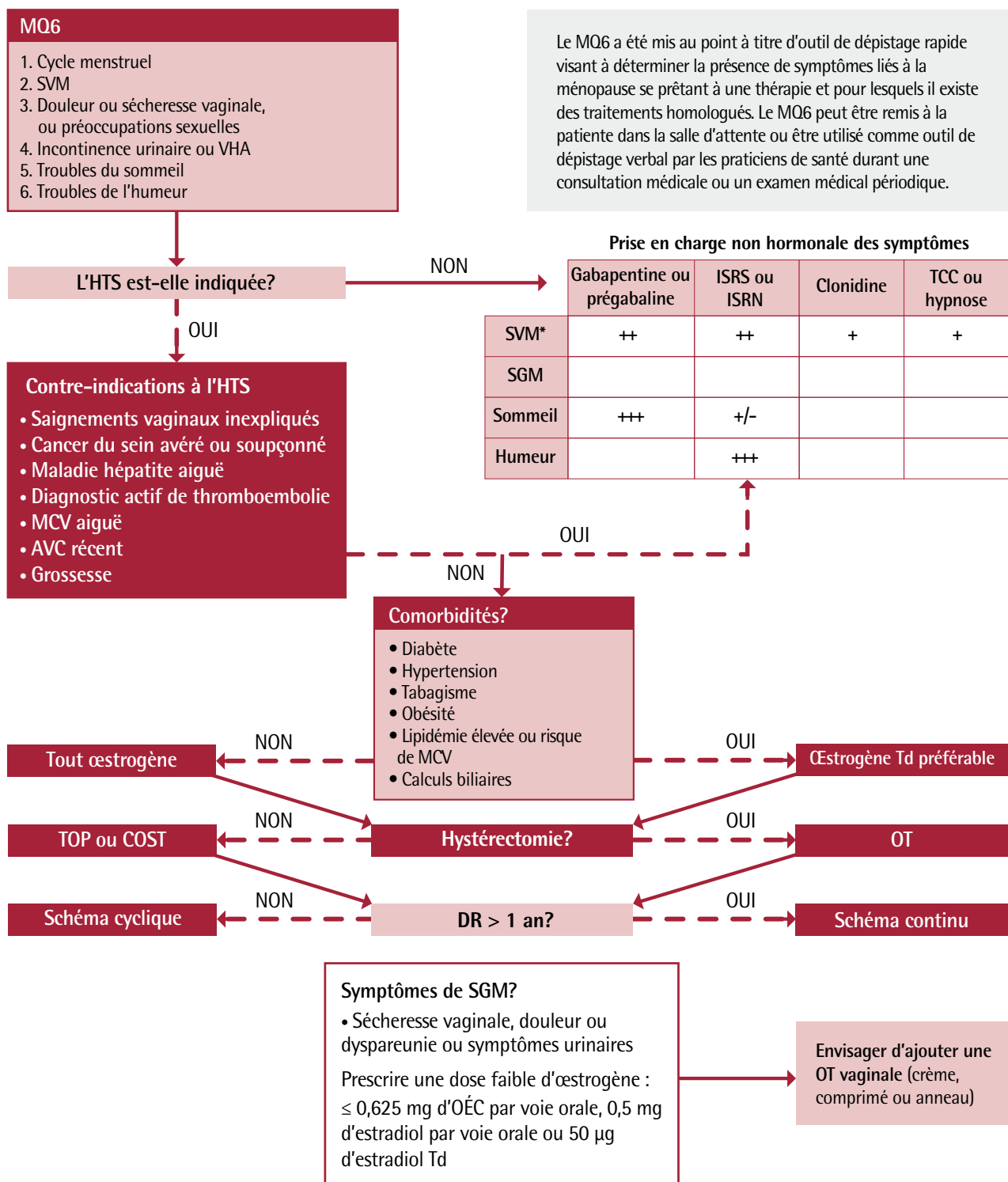
Figure 1. Le questionnaire Menopause Quick 6 : Si une patiente répond oui à une des questions 1 à 4, elle pourrait être candidate au traitement, et une exploration et une évaluation plus approfondies sont justifiées. Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'International Menopause Society recommandent de poser les questions 2 à 6 à toutes les femmes en péri-ménopause^{4,6}.



Tableau 1. Comment utiliser l'information obtenue par les questions posées dans le cadre du questionnaire Menopause Quick 6

QUESTION	INTERPRÉTATION
Q1 : Vos règles ont-elles changé?	Les irrégularités menstruelles signalent l'imminence de la ménopause. Une étude récente a révélé que, lorsque les symptômes vasomoteurs apparaissent avant que les règles cessent, on peut s'attendre à ce qu'ils persistent plus longtemps (médiane de 11,8 ans) que les symptômes vasomoteurs qui commencent après les dernières règles (3,4 ans) ¹⁰ . En outre, il faut prescrire un schéma hormonal cyclique aux femmes dont le cycle est toujours présent, quoique irrégulier, ou à celles dont les règles ont cessé depuis moins de 1 an ¹¹ . Si plus de 1 an s'est écoulé depuis les dernières règles, on peut offrir un schéma continu. Pour toutes les femmes dont les règles ont cessé avant 45 ans, l'hormonothérapie substitutive est recommandée.
Q2 : Avez-vous des bouffées de chaleur?	Jusqu'à 80 % des femmes ménopausées manifestent des symptômes vasomoteurs. Lorsqu'ils sont légers, de nombreuses interventions non hormonales ou liées au mode de vie seraient efficaces. Les symptômes vasomoteurs modérés à sévères sont traités le plus efficacement par l'hormonothérapie ^{4,6} .
Q3 : Ressentez-vous une sécheresse ou une douleur vaginale, ou avez-vous des préoccupations sexuelles?	L'expression <i>atrophie vulvo-vaginale</i> a été remplacée par <i>syndrome génito-urinaire de la ménopause</i> , qui reflète les changements à la vulve, au vagin et aux voies urinaires, de même qu'au fonctionnement sexuel qui surviennent en raison de la chute du taux d'œstrogènes à la ménopause. Nombreuses sont les femmes qui hésitent à parler de leurs préoccupations vaginales ou sexuelles, des problèmes de vessie ou d'incontinence, même si ces symptômes peuvent avoir des effets négatifs considérables sur la qualité de vie. Des traitements efficaces existent pour ces symptômes, il faut donc poser la question.
Q4 : Avez-vous des problèmes de vessie ou souffrez-vous d'incontinence?	
Q5 : Dormez-vous bien?	Les troubles du sommeil sont courants durant la ménopause et sont le plus souvent attribuables aux bouffées vasomotrices ² . Un sommeil perturbé peut exacerber les problèmes liés à l'humeur et à l'anxiété, et contribuer aux troubles cognitifs et même à la prise pondérale.
Q6 : Votre humeur a-t-elle changé?	La ménopause est une période à risque élevé de premier épisode ou de récurrence de dépression ¹² . De plus, l'anxiété et l'irritabilité sont à leur sommet durant la péri-ménopause. Les ISRS et ISRN se sont montrés efficaces contre les troubles de l'humeur, tout en ayant un effet bénéfique sur les symptômes vasomoteurs. Les femmes qui demeurent symptomatiques malgré ces médicaments pourraient profiter d'une hormonothérapie d'augmentation.
ISRN—inhibiteur du recaptage de la sérotonine-noradrénaline, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine.	

Figure 2. Algorithme factuel de la prise en charge des symptômes de la ménopause



TCC—thérapie cognitivo-comportementale, OÉC—œstrogène équin conjugué, MCV—maladie cardiovasculaire, TOP—thérapie par œstrogène-progestatif, OT—œstrogénothérapie, SGM—syndrome génito-urinaire de la ménopause, DR—dernières règles, HTS—hormonothérapie substitutive, MQ6—Menopause Quick 6, VHA—vessie hyperactive, ISRN—inhibiteur du recaptage de la sérotonine-noradrénaline, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, Td—transdermique, COST—complexe d'œstrogène sélectif de tissu, SVM—symptômes vasomoteurs, AVC—accident vasculaire cérébral.
 *Données obtenues auprès de la North American Menopause Society⁵.

Puisque le progestatif contenu dans l'HTS protège l'endomètre, les patientes ayant subi une hystérectomie nécessitent seulement un traitement par œstrogènes. Lorsqu'il est nécessaire de protéger l'endomètre, un traitement par progestatif et œstrogène ou par complexe d'œstrogène sélectif de tissu est recommandé⁴. Un complexe d'œstrogène sélectif de tissu récemment homologué au Canada associe des œstrogènes équinés conjugués à un modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes (bazedoxifène); ce dernier protège l'endomètre tout en éliminant le besoin de prendre un progestatif.

Durant la première année suivant le début de la ménopause, les femmes saignent souvent lorsqu'elles sont sous HTS continue, un schéma thérapeutique cyclique est donc préférable¹¹. Les schémas cycliques incluent habituellement une dose stable d'œstrogène aux jours 1 à 25 ou 1 à 31 du mois, accompagnée d'un progestatif pendant 12 à 14 jours du mois, ce qui met fin aux saignements. Les schémas continus consistent en doses quotidiennes stables d'un œstrogène et d'un progestatif³.

Il faut prendre note que les schémas posologiques de l'HTS sont maintenant moins élevés, ce qui n'est pas toujours suffisant pour traiter les symptômes localisés du SGM. Il faut envisager l'ajout d'une œstrogénothérapie vaginale pour traiter adéquatement les symptômes localisés.

Conclusion

Les médecins de première ligne ont de plus en plus recours aux soins basés sur des résultats mesurables et les intègrent dans leur système de dossiers médicaux électroniques. Le questionnaire MQ6 peut combler la lacune en matière de soins basés sur des résultats mesurables chez les femmes d'âge mûr. Il faut environ 2 minutes pour poser la question à une femme en péri-ménopause; c'est donc un outil efficace pour les cliniciens de soins primaires très occupés.

Le MQ6 fait en sorte que les cliniciens posent les bonnes questions de manière standardisée. L'algorithme qui l'accompagne, guidé par les réponses données au MQ6, est basé sur les lignes directrices factuelles les plus récentes et peut faciliter la prise de décision

clinique dans un domaine historiquement controversé et parfois déroutant. Du point de vue de la patiente, l'utilisation de ces outils peut aider à parler de questions délicates et rassurer quant à la nature holistique des soins qu'elles reçoivent.

La D^{re} Goldstein est médecin de famille pratiquant à Toronto et professeure agrégée à la Faculté de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto.

Remerciements

Je souhaite remercier la D^{re} Wendy Wolfman, M. Mike Hill et M^{me} Christina Clark pour leur contribution à cet article.

Intérêts concurrents

La D^{re} Goldstein a reçu des honoraires pour sa participation à des conseils consultatifs ainsi que des honoraires de consultation de Pfizer et Lundbeck.

Références

1. Statistique Canada. *Tableau 051-0001. Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2016. Accessible à : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=0510001&pattern=&p2=31&tabMode=data-Table&p1=1&stByVal=1&csid=&retrLang=fra&lang=fra>. Réf. du 23 févr. 2017.
2. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000;96(3):351-8.
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et coll. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-33.
4. Reid R, Abramson BL, Blake J, Desindes S, Dodin S, Johnston S, et coll. Managing menopause. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):830-8.
5. North American Menopause Society. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2015;22(11):1155-72.
6. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016;19(2):109-50. Publ. en ligne du 12 févr. 2016.
7. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause* 2014;21(10):1038-62.
8. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et coll. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2013;310(13):1353-68.
9. North American Menopause Society. The North American Menopause Society statement on continuing use of systemic hormone therapy after age 65. *Menopause* 2015;22(7):693.
10. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et coll. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):531-9.
11. Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M; British Menopause Society and Women's Health Concern. The 2013 British Menopause Society and Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause Int* 2013;19(2):59-68. Publ. en ligne du 23 mai 2013.
12. Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Med* 2010;8:79.
13. Brown TER. Practical issues in hormone therapy management. *Can Pharm J* 2010;143(Suppl 2):S12-3.e1.

— * * * —