

Vous abordez
la ménopause?

12 (COURANTS
ET PAS SI
COURANTS)

MYTHES

sur la ménopause
expliqués

Parce que

je suis
unique

TABLE DES MATIÈRES

Message aux lectrices PAGE 1

MYTHE N°

- | | | |
|---|--|---|
| 01 À 50 ans, la ménopause prend le contrôle.
PAGE 2 | 02 La ménopause est synonyme de dépression, d'anxiété, de sautes d'humeur et de pertes de mémoire.
PAGE 3 | 03 Faire l'amour après 50 ans, ce n'est plus comme avant.
PAGE 4 |
| 04 Toutes les femmes ont des bouffées de chaleur à la ménopause.
PAGE 5 | 05 L'hormonothérapie cause le cancer du sein.
PAGE 6 | 06 L'hormonothérapie cause des crises cardiaques.
PAGE 8 |
| 07 L'hormonothérapie cause des accidents vasculaires cérébraux.
PAGE 10 | 08 Je suis trop jeune pour me préoccuper d'un problème comme l'ostéoporose.
PAGE 11 | 09 À mon âge, je suis probablement exposée à un risque plus élevé de cancer colorectal.
PAGE 12 |
| 10 Je ne devrais pas prendre d'hormones car elles entraînent la formation de caillots de sang.
PAGE 14 | 11 Les hormones bio-identiques sont naturelles et plus sûres que l'hormonothérapie classique.
PAGE 15 | 12 Les traitements complémentaires (ou non conventionnels) sont efficaces pour prendre en charge la ménopause.
PAGE 16 |

MESSAGE AUX LECTRICES

La ménopause. Chez chaque femme, ce simple mot et l'expérience de la ménopause s'accompagnent d'une foule d'émotions, de pensées et, peut-être plus que tout le reste, de renseignements erronés. À l'époque où nous vivons et où nous sommes sursaturées d'information, il est difficile de savoir ce qui relève de la réalité et ce qui relève de la fiction. Dans ce court livret, nous abordons certains des mythes courants et moins courants qui entourent la ménopause. Nous espérons faire la lumière sur quelques-uns de ces mythes de façon directe, claire et compréhensible.

Comparativement aux femmes des générations précédentes, les femmes d'aujourd'hui qui sont au début de leur ménopause ont de nombreux projets à réaliser et beaucoup plus de belles années à vivre. Pour y arriver, les femmes ont besoin de réponses claires et simples concernant certains des mythes les plus mal compris sur la ménopause. Bien que consulter la famille et les amis constitue un bon point de départ, c'est en suivant les conseils de votre médecin que vous serez assurée d'obtenir l'information la meilleure et la plus exacte.

De grandes discussions sur la ménopause ont lieu partout dans le monde. Nous espérons que les mythes et les réalités exposés contribueront à clarifier certaines de ces questions.

Surtout, n'oubliez pas, les renseignements fournis sont de nature générale et ne sauraient remplacer les conseils personnalisés de votre médecin.

Parce que vous êtes unique.



À 50 ANS, LA MÉNOPAUSE PREND LE CONTRÔLE.

Le mythe expliqué :

La ménopause peut survenir à différents âges mais, chez la plupart des femmes, elle survient entre 45 et 55 ans, la moyenne étant d'environ 51 ans. La ménopause précoce survient entre 40 et 45 ans et la ménopause tardive, entre 55 et 60 ans. De 1 à 2 % des femmes connaissent une ménopause prématurée (avant l'âge de 40 ans). Le moment où survient la ménopause dépend de nombreux facteurs. Les fumeuses sont en ménopause en moyenne deux ans plus tôt que les non-fumeuses. Le facteur qui prédit le mieux l'âge de la ménopause chez une femme est l'âge auquel la ménopause est survenue chez sa mère et ses sœurs.

La ménopause naturelle est l'arrêt spontané des menstruations qui n'est causé ni par une maladie ni par une intervention. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la plupart des Nord-Américaines vivent maintenant au moins un tiers de leur vie après la ménopause.

La ménopause chirurgicale. La ménopause survient immédiatement dans le cas de l'ablation chirurgicale des deux ovaires (ovariectomie bilatérale). L'intervention chirurgicale pratiquée pour enlever l'utérus (hystérectomie) ne déclenche pas la ménopause si les ovaires restent en place, mais les menstruations s'arrêteront. Les femmes qui ont subi une hystérectomie sont en ménopause deux à trois ans plus tôt que les femmes n'ayant pas subi cette intervention. La chimiothérapie et la radiothérapie pelvienne peuvent prédisposer la femme à une ménopause plus précoce mais, dans certains de ces cas, l'arrêt des menstruations est temporaire.

La ménopause prématurée, qu'elle soit naturelle ou qu'elle ait été provoquée, survient avant l'âge de 40 ans. Dans 40 % des cas, sa principale cause est inconnue. Dans 30 % des cas, la cause est une réaction auto-immune, des anticorps détruisant les ovules produits par les ovaires. Des examens devraient être effectués pour déceler toute affection auto-immune coexistante (thyroïdite, polyarthrite rhumatoïde, lupus, etc.). Des causes moins fréquentes sont la destruction du tissu ovarien qui suit une intervention chirurgicale, la radiothérapie et la chimiothérapie. L'hérédité et les anomalies chromosomiques sont des causes rares. Ménopause prématurée et insuffisance ovarienne prématurée (IOP) sont les termes utilisés pour décrire cette affection.

LA MÉNOPAUSE EST SYNONYME DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ, DE SAUTES D'HUMEUR ET DE PERTES DE MÉMOIRE.

Le mythe expliqué :

À la ménopause, de nombreuses femmes sont irritables, ont tendance à pleurer constamment, sont anxieuses, ont de la difficulté à se concentrer, manquent d'énergie et de concentration et ont des sautes d'humeur. Cependant, ces troubles sont-ils tous causés par la ménopause?

Sautes d'humeur et dépression. Les sautes d'humeur associées à la ménopause et celles associées à la dépression sont deux phénomènes distincts. La ménopause ne cause pas la dépression et les taux de dépression ne sont pas plus élevés chez les femmes en ménopause. Cependant, les troubles du sommeil et les bouffées de chaleur sont fréquentes et peuvent aggraver l'irritabilité et les sautes d'humeur.

Mémoire et ménopause. Qu'en est-il des troubles de mémoire? De nombreuses femmes disent éprouver des troubles de mémoire et de concentration pendant la période de transition vers la ménopause. Toutes les études visant à évaluer les modifications de la mémoire chez les femmes en ménopause étaient d'assez petite envergure et les tests de mémoire utilisés dans ces études ne reflétaient peut-être pas le type de tâches faisant appel à la mémoire que les femmes effectuent dans la vraie vie. En outre, de nombreux auteurs soulignent que la façon dont nous nous percevons (« Je n'ai pas de mémoire! ») ne correspond pas toujours aux résultats des tests objectifs qui démontrent nos capacités (p. ex. vous avez obtenu une bonne note à une épreuve de rappel ou vous avez été capable de vous rappeler tous les mots d'une chanson que vous veniez d'entendre). Compte tenu de ces faiblesses, il est difficile d'évaluer s'il existe une corrélation entre la ménopause et les pertes de mémoire.

La ménopause n'est qu'un des nombreux défis auxquels les femmes sont confrontées.

Notre humeur et le stress que nous subissons peuvent influencer sur la perception que nous avons de notre mémoire et de nos émotions, et la cinquantaine présente tout un lot de facteurs de stress qui ont des répercussions sur notre santé mentale. Qu'il s'agisse de traiter avec leurs adolescents ou de faire face à une maison vide après le départ du petit dernier ou d'être confrontées à de plus grandes exigences professionnelles, à des difficultés financières ou au vieillissement de leurs parents, aujourd'hui, les femmes dans la cinquantaine ont beaucoup de préoccupations et de responsabilités. Lorsque la ménopause arrive, elle ne fait que s'ajouter au stress que les femmes vivent déjà. En outre, aggravées par les bouffées de chaleur, les perturbations du sommeil contribuent à l'altération de la mémoire.

Le message à retenir : Essayez d'éliminer les facteurs importants qui, dans votre vie quotidienne, ont sans doute un effet sur votre humeur et votre niveau de stress et consultez votre médecin si votre santé mentale vous préoccupe.

Le mythe expliqué :

Même si la ménopause et le dysfonctionnement sexuel peuvent sembler coïncider, chez la femme, un dysfonctionnement sexuel peut survenir à tout âge, de l'adolescence jusqu'à tard après la ménopause. Dans deux études largement citées, 43 % des femmes dont l'âge variait de 18 ans à l'âge de la postménopause se plaignaient d'un type ou un autre de dysfonctionnement sexuel.

Chez certaines femmes, la ménopause **influe effectivement sur la vie sexuelle**. Voici quelques troubles fréquents :

- **Le faible appétit sexuel**, également appelé baisse du désir sexuel, comprend l'absence de fantasmes sexuels ou de désir pour toute forme d'activité sexuelle. Cette absence de désir s'accompagne d'une souffrance personnelle et (ou) de difficultés interpersonnelles. Les femmes qui ont subi l'ablation chirurgicale des ovaires (c.-à-d., celles qui connaissent une ménopause chirurgicale) sont plus susceptibles de présenter une baisse du désir sexuel que les femmes qui vivent une ménopause naturelle.
- **Les douleurs pendant les rapports sexuels** sont causées par un amincissement de la vulve, du vagin et des voies urinaires avec le temps. Appelé atrophie vulvovaginale, cet amincissement se produit à la suite de l'arrêt de la production d'œstrogènes à la ménopause. De plus, la perte de l'élasticité vaginale peut causer de l'inconfort pendant les rapports sexuels et provoquer des déchirures du tissu délicat du vagin. Il existe aussi un risque accru d'infections vaginales et de contractions réactionnelles des muscles vaginaux consécutives à une pénétration douloureuse (vaginisme). Des solutions simples, comme l'utilisation de lubrifiants et d'hydratants vaginaux, peuvent être utiles; dans les cas plus graves, le médecin peut prescrire des crèmes, des comprimés ou des anneaux renfermant des œstrogènes. Toutes les patientes qui éprouvent des douleurs pendant les rapports sexuels devraient être examinées pour déterminer si elles sont atteintes d'une affection gynécologique.

Il y a aussi des situations associées à la ménopause qui, à leur tour, influent sur le désir sexuel :

- Bien qu'elle ne soit pas directement causée par la ménopause, la dépression est fréquente chez la femme. Chez cette dernière, la prévalence moyenne de la dépression majeure au cours de la vie est d'environ 20 % et cette affection peut entraîner une baisse de la libido et perturber le cycle de réponse sexuelle global. Certains antidépresseurs (en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS]) peuvent également diminuer l'appétit sexuel et nuire à la capacité d'avoir un orgasme.
- **Difficultés conjugales.** La ménopause peut être un moment difficile; lorsqu'une femme est malheureuse avec son conjoint, en colère contre lui ou que celui-ci la déçoit, sa vie sexuelle peut aussi s'en ressentir. Des études ont montré que les difficultés conjugales peuvent contribuer davantage au manque de désir sexuel que les taux d'hormones.

Le message à retenir : La ménopause **ne signifie pas la fin** d'une vie sexuelle saine et active! N'ayez pas peur de consulter votre professionnel de la santé. Une évaluation adaptée, un possible traitement, la consultation et la participation de votre conjoint vous permettront de résoudre de nombreuses difficultés et de continuer d'avoir une vie sexuelle agréable longtemps après la ménopause.

Le mythe expliqué :

Bien que les bouffées de chaleur soient assez fréquentes, elles ne sont pas universelles. En Amérique du Nord, environ 75 % des femmes ont des bouffées de chaleur à la ménopause. Les bouffées de chaleur commencent pendant la période de transition vers la ménopause et surviennent surtout durant les deux premières années suivant la ménopause. Bien qu'on ne comprenne pas parfaitement ce qui cause les bouffées de chaleur, on sait que la diminution du taux d'œstrogènes joue un rôle important. Contrairement à la sécheresse vaginale qui s'aggrave avec le temps, les bouffées de chaleur disparaissent après sept ans chez 60 % des femmes ménopausées, bien que 15 % des femmes signalent encore des bouffées de chaleur après 10 ans ou plus.

La plupart des bouffées de chaleur sont de faible ou moyenne intensité. Des bouffées de chaleur de forte intensité qui nuisent à la qualité de vie se produisent dans 9 % des cas. Les bouffées de chaleur de faible intensité peuvent habituellement être prises en charge en apportant des modifications à ses habitudes de vie, comme se rafraîchir, faire de l'activité physique régulièrement, surveiller son poids, cesser de fumer et éviter les facteurs déclenchants (p. ex. les aliments très épicés, les boissons contenant de la caféine et l'alcool).

L'hormonothérapie reste le traitement le plus efficace pour soulager les bouffées de chaleur chez les femmes en ménopause. Vous pouvez prendre un progestatif et un contraceptif oral à faible dose si vous êtes encore menstruée. Si l'hormonothérapie ne vous convient pas, votre médecin peut vous prescrire un traitement sans hormones. Si vous songez à un traitement complémentaire ou non conventionnel, sachez qu'il a été démontré que bon nombre de ces traitements procurent peu de bienfaits. De plus, pour la plupart d'entre eux, aucunes données ne confirment qu'ils sont sûrs.

Le message à retenir : Les bouffées de chaleur sont fréquentes mais elles peuvent être prises en charge à la fois par des modifications apportées aux habitudes de vie et par l'hormonothérapie.



Le mythe expliqué :

Des études ont montré l'existence d'un lien entre l'hormonothérapie et le cancer du sein. On ignore cependant si les œstrogènes *causent* le cancer du sein ou s'ils *favorisent* son apparition chez la femme. Les études actuelles semblent indiquer que les œstrogènes NE causent PAS le cancer du sein.

En 2002, dans le cadre de la *Women's Health Initiative* (WHI), l'étude la plus vaste menée sur les femmes et l'hormonothérapie, on a signalé qu'une plus grande utilisation d'œstrogènes et de progestérone chez les femmes ayant un utérus était associée à une légère augmentation du risque de cancer du sein à 5 ans.

En 2004, aucune augmentation du risque de cancer du sein n'a été observée après 6,8 ans dans le groupe de traitement de la WHI qui recevait uniquement des œstrogènes (femmes n'ayant plus d'utérus).

D'autres études ont montré que plus la durée d'administration des œstrogènes était longue et plus la dose était forte, plus le risque de cancer du sein était élevé. C'est pourquoi de nombreux professionnels de la santé prescrivent l'hormonothérapie « à la dose efficace la plus faible pendant la période la plus courte ».

Alors, dois-je cesser l'hormonothérapie s'il existe un risque? Les études laissent entendre que l'hormonothérapie peut augmenter légèrement le risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées tardivement après au moins 4 ans d'hormonothérapie continue.

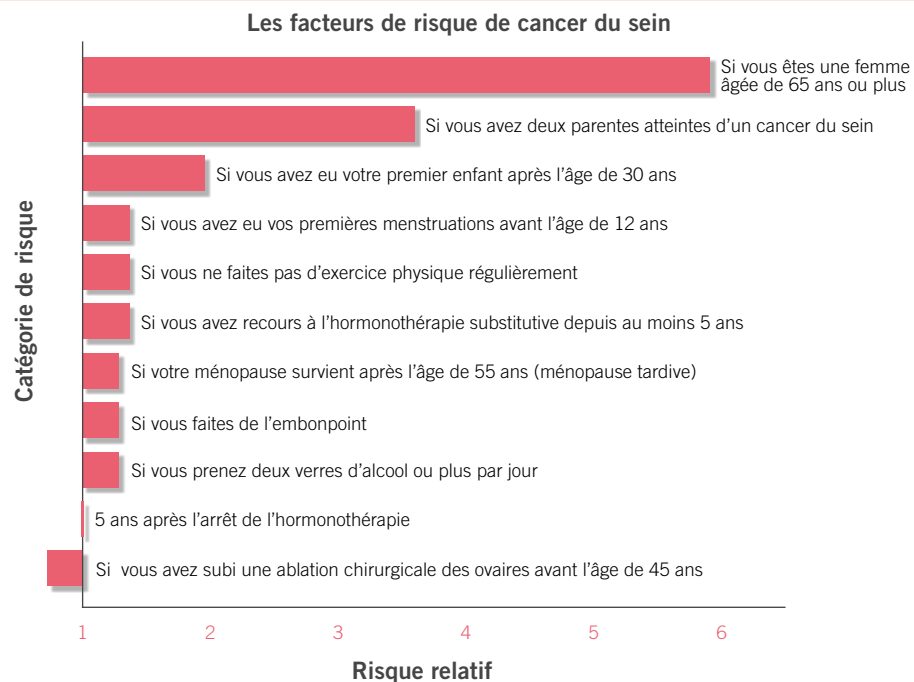
Le message à retenir : Les femmes ménopausées (âgées de 50 à 60 ans) qui présentent des bouffées de chaleur doivent savoir que l'hormonothérapie de courte durée aura très peu d'effet sur leur risque personnel de cancer du sein. Les femmes exposées à un risque élevé doivent discuter avec leur médecin des avantages et des risques de l'hormonothérapie dans leur cas avant de décider si ce traitement leur convient.

SACHEZ QUELS SONT VOS RISQUES D'AVOIR UN CANCER DU SEIN.

Les principaux facteurs de risque sont les suivants : l'âge (le risque augmente de façon significative après 55 ans), les antécédents familiaux, une biopsie mammaire pratiquée antérieurement qui montrait des cellules anormales, une augmentation de la densité des seins visible à la mammographie et (ou) le fait de n'avoir jamais eu d'enfants (ou d'avoir accouché pour la première fois après l'âge de 30 ans).

Les habitudes de vie qui influent sur le risque sont les suivantes : le manque d'exercice, la consommation excessive d'alcool, l'obésité et la prise de poids après la ménopause, le tabagisme et (ou) le fait de ne pas avoir allaité après l'accouchement.

Le saviez-vous? Il a été démontré que le diagnostic précoce du cancer du sein réduit environ du tiers le risque de mortalité chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. À l'heure actuelle, la seule stratégie prouvée pour réduire le taux de mortalité due au cancer du sein est le dépistage précoce par mammographie chez les femmes âgées de plus de 50 ans.



Cela peut vous surprendre, mais les facteurs liés au mode de vie, comme le manque d'exercice, la consommation d'alcool et la prise de poids après la ménopause, peuvent également avoir une influence similaire à celle de l'hormonothérapie sur le risque de cancer du sein.

Le message à retenir : Les femmes ménopausées (âgées de 50 à 60 ans) qui présentent des symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur) pénibles doivent savoir que l'hormonothérapie DE COURTE DURÉE aura peu d'effet sur leur risque personnel de cancer du sein tout en leur procurant une maîtrise des symptômes et une qualité de vie excellentes. L'hormonothérapie prolongée augmente EFFECTIVEMENT le risque de cancer du sein, de la même façon que les facteurs liés au mode de vie.

Le mythe expliqué :

Bien que les maladies du cœur soient la deuxième cause de mortalité chez les femmes au Canada, il convient de noter que l'hormonothérapie n'augmente PAS à elle seule le risque de crise cardiaque. Le facteur de risque de maladie cardiaque le plus important est l'ÂGE combiné à l'ÉTAT MÉNOPAUSIQUE, c'est-à-dire que le fait d'être en ménopause confère une protection et le risque est faible mais, après la ménopause, à mesure que la femme vieillit, le risque de maladie du cœur augmente.

On a identifié les sept principaux facteurs qui représentent 94 % des risques de crise cardiaque. Il s'agit du **tabagisme**, d'un **profil lipidique anormal**, de l'**hypertension**, de l'**obésité abdominale**, d'une **mauvaise alimentation**, de la **consommation excessive d'alcool** et du **stress**. La bonne nouvelle, c'est que chacun de ces facteurs est modifiable, ce qui signifie que vous pouvez y remédier.

Dans l'étude WHI de 2002, qui a fait date, des femmes âgées de 50 à 80 ans ont commencé à prendre des hormones pour la ménopause, et les résultats de l'étude ont soulevé des inquiétudes concernant le lien entre l'hormonothérapie et les crises cardiaques.

Cependant, il y a certaines choses qui n'ont pas été dites et que vous ne savez peut-être pas : Les résultats initiaux rapportés dans les médias populaires indiquaient que l'hormonothérapie causait 26 % de plus de crises cardiaques chez les femmes ménopausées (âgées de 50 à 80 ans) qui prenaient des œstrogènes associés à un progestatif que chez les femmes qui ne prenaient pas d'hormones, mais ils n'indiquaient pas clairement que cela correspondait globalement à moins d'un événement supplémentaire par 1 000 femmes sous hormonothérapie. Plus important encore, ce risque est encore plus faible lorsque les femmes du groupe sont âgées de 60 ans ou moins. En fait, celles qui ont commencé à prendre des hormones entre 50 et 59 ans **risquaient moins de mourir** (une mortalité de moins par 1 000 femmes sous hormonothérapie) d'une maladie coronarienne que celles qui n'étaient PAS sous hormonothérapie.

Une nouvelle analyse des données de la WHI et de celles d'autres études a mis clairement en évidence le résultat suivant : les risques associés à l'hormonothérapie postménopausique (œstrogènes/œstrogènes-progestatif) sont **liés à l'âge**. Ce qui veut dire qu'avant même de commencer à prendre des hormones, les femmes dans la cinquantaine sont exposées à la moitié des risques de maladie cardiovasculaire auxquels sont exposées les sexagénaires et au quart des risques auxquels sont exposées les septuagénaires.

Ainsi, le médecin doit prendre en considération l'âge de la patiente avant de lui prescrire une hormonothérapie car il existe des données probantes qui indiquent non seulement que les femmes qui commencent une hormonothérapie entre 50 et 59 ans **ne sont pas** exposées à un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire, mais aussi que l'hormonothérapie peut effectivement leur apporter des **bienfaits cardiovasculaires**.

Le message à retenir : Les femmes qui se situent dans le groupe d'âge de 50 à 59 ans peuvent avoir l'assurance que l'hormonothérapie ne nuit pas à la santé cardiaque et que si elles présentent des symptômes de la ménopause, elles ne doivent pas hésiter à prendre des hormones pour les soulager. Cependant, la prudence s'impose lorsqu'on envisage une hormonothérapie chez une femme ménopausée plus âgée, car elle peut causer des effets indésirables.



LA RÉALITÉ :
PRESCRITE AU BON ÂGE,
L'HORMONOTHÉRAPIE
PEUT ÊTRE BONNE POUR
LE CŒUR.

Des études ont montré que l'hormonothérapie instaurée au début de la ménopause est sans danger et qu'elle peut effectivement protéger le cœur et favoriser la santé cardiaque. Actuellement, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la *North American Menopause Society* (NAMS) et la *International Menopause Society* (IMS) recommandent le recours à l'hormonothérapie pour la prise en charge des symptômes ménopausiques de moyenne ou forte intensité et déconseillent de prescrire ce traitement dans le seul but de prévenir les maladies cardiaques.

MYTHE N° 07

L'HORMONOTHÉRAPIE CAUSE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX.

Le mythe expliqué :

Les renseignements inexacts et la peur caractérisent le lien entre l'hormonothérapie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques (vaisseau sanguin bouché qui empêche l'écoulement du sang vers le cerveau).

Au Canada, les accidents vasculaires cérébraux sont fréquents à la fois chez l'homme et chez la femme. Ils surviennent chez une Canadienne sur cinq et constituent la troisième cause de mortalité en importance. Bien que la fréquence des accidents vasculaires cérébraux augmente avec l'âge, le fait d'être ménopausée ne confère aucune protection, contrairement à ce que l'on observe dans le cas des maladies cardiaques. Cependant, la bonne nouvelle, c'est que les principaux facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (l'hypertension, l'obésité, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, le manque d'exercice, le diabète, les migraines [avec aura visuelle] et un sommeil insuffisant ou excessif) sont tous modifiables, ce qui signifie que vous pouvez y remédier.

Qu'en est-il du recours à l'hormonothérapie pour la ménopause? Les résultats des études portant sur la question de savoir si le recours à l'hormonothérapie pour la ménopause augmente le risque d'accident vasculaire cérébral sont contradictoires : plusieurs études n'ont montré aucun effet, certaines, une diminution du risque et d'autres, une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral sous hormonothérapie. Les résultats de la vaste étude WHI ont montré une augmentation globale de la fréquence des accidents vasculaires cérébraux, **sauf chez les femmes qui faisaient de l'exercice régulièrement!** Cependant, chez les femmes âgées de 50 à 59 ans sous hormonothérapie, aucune augmentation significative du risque d'accident vasculaire cérébral n'a été observée. D'autres études ont indiqué que de faibles doses d'œstrogènes associés à un progestatif ou à la progestérone et, plus récemment, l'utilisation de préparations transdermiques (c.-à-d., de timbres ou de gels d'œstrogènes), ne semblent associées à aucune augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral.

Le message à retenir : La clé pour réduire le risque d'accident vasculaire cérébral, que vous soyez sous hormonothérapie ou non, consiste à adopter un mode de vie sain qui comprend un programme d'activité physique, la maîtrise de la tension artérielle ainsi que la maîtrise du poids et du diabète, s'il y a lieu, l'abandon du tabagisme et la diminution de la consommation d'alcool.

MYTHE N° 08

JE SUIS TROP JEUNE POUR ME PRÉOCCUPER D'UN PROBLÈME COMME L'OSTÉOPOROSE.

Le mythe expliqué :

Avec l'arrivée de la ménopause et la diminution du taux d'œstrogènes, le risque d'affections, comme les maladies du cœur, le diabète, l'ostéoporose et le cancer, auxquelles les femmes sont exposées augmente.

Dans le cas de l'ostéoporose, la diminution du taux d'œstrogènes associée à la ménopause a des conséquences sur la densité et la solidité des os. C'est pourquoi il est important que les femmes se soucient de la santé de leurs os à la ménopause.

Les facteurs de risque de l'ostéoporose. Savez-vous si vous êtes exposée à un risque plus élevé d'ostéoporose? Connaître les facteurs de risque auxquels vous êtes exposée peut vous aider à déterminer les mesures préventives à prendre pour réduire votre risque d'ostéoporose et de fracture. Vous pouvez évaluer votre risque de fracture en ligne grâce à l'outil d'évaluation FRAX mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé.

Vous pourriez être exposée à un risque plus élevé d'ostéoporose si l'une des situations suivantes s'applique à vous :

- vous avez déjà eu une fracture par fragilité osseuse;
- votre taille a diminué de 1,5 pouce ou 3 cm;
- vous avez un faible indice de masse corporelle;
- vous fumez ou prenez plus de deux consommations d'alcool par jour;
- vous avez déjà été traitée par des corticostéroïdes;
- vous avez des antécédents familiaux d'ostéoporose.

La WHI, l'une des études cliniques les plus vastes menées auprès de femmes ménopausées, a montré que même dans une population de femmes âgées ménopausées qui n'étaient pas exposées à un risque plus grand de fracture, l'administration d'œstrogènes après la ménopause réduisait* le risque de fracture de la hanche. Les femmes qui présentent des symptômes ménopausiques nécessitant l'administration d'œstrogènes peuvent avoir l'assurance que ce traitement ralentit également la perte osseuse.

Le message à retenir : Comme la ménopause peut augmenter le risque d'ostéoporose, consultez votre médecin pour connaître les mesures à prendre pour surveiller et prévenir la perte osseuse. Certains traitements d'hormonothérapie sont indiqués pour la prévention de l'ostéoporose; votre médecin et vous déterminerez si ce type de traitement vous convient.

* (Risque relatif = 0,64, intervalle de confiance à 95 % = 0,41 à 1,00.)

À MON ÂGE, JE SUIS PROBABLEMENT EXPOSÉE À UN RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE CANCER COLORECTAL.

Le mythe expliqué :

La ménopause n'augmente pas le risque de cancer colorectal. En revanche, l'âge augmente ce risque. En fait, 93 % des cas de cancer colorectal surviennent chez des personnes âgées de plus de 50 ans. Bien qu'il ne soit pas aussi bien connu que le cancer du sein ou le cancer des ovaires, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et il touche autant les hommes que les femmes. Tous les adultes âgés de 50 à 74 ans devraient subir un test de dépistage de ce cancer.

Vous pouvez déterminer votre risque de cancer colorectal à l'aide du tableau ci-dessous :

Vos antécédents	Votre risque	Votre plan d'action
<p>Plus de 50 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun symptôme de cancer colorectal Pas d'antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes 	Dans la moyenne	Demandez à votre médecin de subir un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou test au gâïac tous les deux ans.
<p>Plus de 50 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Deux parents du premier degré (p. ex. mère, frère ou sœur) ayant eu un cancer colorectal ou des polypes précancéreux, peu importe leur âge <p>OU :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un parent du premier degré ayant eu un cancer colorectal ou des polypes précancéreux AVANT l'âge de 60 ans 	Plus élevé que la moyenne	Demandez à votre médecin de subir une coloscopie à intervalles réguliers.
<p>Plus de 50 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Antécédents personnels de cancer colorectal, de polypes précancéreux ou de maladie inflammatoire de l'intestin 	Risque élevé	Veillez à ce que votre médecin fasse régulièrement le suivi de votre état de santé et prévoie une surveillance continue par coloscopie.

Ce tableau est une version simplifiée des facteurs de risque. Pour en savoir plus sur le cancer colorectal et sur le risque que ce cancer représente pour vous, consultez votre médecin de famille.

Il convient de noter que plusieurs études (notamment les études WHI et HERS [*Heart and Estrogen Replacement Study*]) semblaient indiquer que les femmes ménopausées sous hormonothérapie d'association (c.-à-d., associant des œstrogènes et un progestatif) étaient *légèrement moins susceptibles* d'avoir un cancer colorectal pendant la durée de l'étude que les femmes qui ne prenaient pas ces hormones. Ce léger effet protecteur n'a pas été observé chez les femmes qui prenaient uniquement des œstrogènes. Afin de relativiser ces conclusions, l'un des auteurs a écrit que les résultats ne sont pas suffisamment solides pour justifier la prise d'œstrogènes en association avec un progestatif plutôt que la prise d'œstrogènes seuls.

L'ÉTUDE WHI A MONTRÉ QUE L'HORMONOTHÉRAPIE POUVAIT SE RÉVÉLER BÉNÉFIQUE : DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT RECEVANT L'ASSOCIATION D'ŒSTROGÈNES ET D'UN PROGESTATIF, 45 CAS DE CANCER DU CÔLON ONT ÉTÉ OBSERVÉS, ALORS QUE DANS LE GROUPE RECEVANT LE PLACEBO (GROUPE DE PATIENTES PRENANT UN COMPRIMÉ « VIDE »), 67 CAS DE CANCER DU CÔLON ONT ÉTÉ OBSERVÉS APRÈS UNE PÉRIODE DE SEPT ANS.

Le message à retenir : C'est une bonne idée de consulter votre médecin au sujet de votre propre risque de cancer colorectal.

MYTHE N° 10

JE NE DEVRAIS PAS PRENDRE D'HORMONES CAR ELLES ENTRAÎNENT LA FORMATION DE CAILLOTS DE SANG.

Le mythe expliqué :

La majorité des femmes qui prennent des hormones ne présentent aucun caillot de sang (thromboembolie veineuse et embolie pulmonaire). Cependant, certaines femmes sont exposées à un risque plus élevé de caillots de sang. D'après une étude de très grande envergure menée auprès de femmes en ménopause (WHI), les œstrogènes (Premarin® à raison de 0,625 mg) et la progestérone (Provera® à raison de 2,5 mg) pris sous forme de comprimé multipliaient par deux le risque de thromboembolie veineuse. Les œstrogènes pris seuls (Premarin® à raison de 0,625 mg) n'augmentaient que légèrement le risque de thromboembolie veineuse.

Des données récentes ont laissé entendre qu'en ce qui concerne l'hormonothérapie et la thromboembolie veineuse, le risque est plus élevé pendant les trois premiers mois du traitement et qu'il diminue par la suite. Certaines données indiquent que l'hormonothérapie transdermique et l'hormonothérapie à faible dose sont associées à un risque moins élevé.

Connaissez votre risque. Toutes les femmes devraient connaître leur risque personnel de thromboembolie veineuse avant d'envisager une hormonothérapie :

- Âge (le risque augmente avec l'âge)
- Poids (l'obésité et l'embonpoint augmentent le risque)
- Antécédents de thromboembolie veineuse
- Antécédents familiaux
- Immobilité (consécutif à une fracture ou à une intervention chirurgicale importante, et particulièrement à une intervention ostéo-articulaire, abdominale ou pelvienne)
- Maladie
- Blessure ou traumatisme
- Tabagisme
- Grossesse
- Contraceptifs oraux ou hormonothérapie

Le message à retenir : Si vous envisagez une hormonothérapie, évaluez votre risque de thromboembolie veineuse et consultez votre professionnel de la santé. En outre, vous voudrez peut-être envisager de réduire votre risque de thromboembolie veineuse en adoptant les stratégies suivantes :

- Prise d'une faible dose d'hormones
- Recours à l'hormonothérapie transdermique (« timbre sur la peau »)
- Abandon des habitudes qui comportent un risque, comme le tabagisme
- Adoption d'un mode de vie actif et maîtrise du poids
- Si vous avez des antécédents familiaux importants de thromboembolie veineuse ou d'accident vasculaire cérébral, demandez à votre médecin si vous devriez passer des examens spéciaux pour dépister les risques héréditaires de thrombophilie (prédisposition à la formation de caillots de sang).

MYTHE N° 11

LES HORMONES BIO-IDENTIQUES SONT NATURELLES ET PLUS SÛRES QUE L'HORMONOTHÉRAPIE CLASSIQUE.

Le mythe expliqué :

Hormones bio-identiques est le terme utilisé pour décrire des hormones qui sont identiques sur le plan moléculaire aux hormones produites naturellement par l'organisme. Plus tard, on a inventé un autre terme – **hormonothérapie bio-identique** ou **hormonothérapie bio-identique à composition personnalisée** – qui se rapporte aux « recettes à base d'hormones préparées par un pharmacien à partir de l'ordonnance rédigée par un médecin ». Mais ne vous méprenez pas : même si les hormonothérapies bio-identiques sont vendues sur ordonnance, elles ne sont pas considérées comme des médicaments et ne sont pas réglementées par le gouvernement.

Si ces hormones sont identiques à celles que mon organisme produit, ne sont-elles pas sûres et plus efficaces? Il n'existe pas de données scientifiques appuyant les affirmations du fabricant voulant que les hormones bio-identiques soient sûres ou efficaces. En fait, comme la production d'hormonothérapies bio-identiques n'est pas réglementée et qu'il n'existe aucune norme s'appliquant à la préparation de ces produits à composition personnalisée, il est encore plus difficile de savoir si vous obtenez un produit contenant la bonne quantité d'hormones ou des hormones ayant la pureté nécessaire pour prouver ces affirmations.

Le message à retenir : Comme dans le cas des traitements complémentaires ou des remèdes naturels, soyez une consommatrice avertie : faites preuve de prudence lorsque vous décidez d'avoir recours à un traitement pour lequel il n'existe aucun renseignement important sur la sécurité d'emploi et la posologie et qui vous promet des résultats trop beaux pour être vrais. Et n'oubliez pas que si vous voulez opter pour l'hormonothérapie bio-identique, il existe un certain nombre de produits pharmaceutiques à base d'hormones bio-identiques approuvés et disponibles sur le marché (y compris des timbres transdermiques, des gels et des comprimés) dont la sécurité d'emploi et l'efficacité ont été testées à grande échelle. Consultez votre médecin au sujet de ces options thérapeutiques pour savoir si elles vous conviennent.

Le mythe expliqué :

L'idée de traiter la ménopause de façon « naturelle » par des remèdes à base de plantes médicinales plaît à bien des femmes, peut-être parce que plusieurs d'entre nous associons « naturel » avec « sans danger ». Malheureusement, les produits naturels ne sont pas toujours sûrs et, en outre, ils ne sont pas forcément aussi efficaces pour soulager les symptômes de la ménopause qu'on l'affirme dans les publicités.

Certains remèdes ne sont que des feux de paille qui n'ont pas de quoi provoquer une bouffée de chaleur! Plusieurs des remèdes à base de plantes médicinales actuellement sur le marché ont une efficacité limitée pour soulager les bouffées de chaleur, selon ce qui a été observé.

- Une analyse systématique de 25 études menées auprès de quelque 2 348 femmes a montré que dans la plupart des études, il n'y avait aucune différence significative entre les isoflavones de soja et un placebo (c.-à-d., une dose qui ressemble au médicament étudié, mais qui ne contient aucun ingrédient médicinal).
- L'actée à grappes noires n'a pas eu d'effet significatif sur les bouffées de chaleur comparativement au placebo et peut causer des effets secondaires gastro-intestinaux. La toxicité pour le foie et l'hépatite constituent une préoccupation importante.
- De même, des études portant sur le dong quai, le Ginkgo biloba, le ginseng et la vitamine E n'ont montré aucun effet sur les bouffées de chaleur qui soit plus important que celui d'un placebo.
- Dans le cadre d'une analyse effectuée récemment, on indiquait que même si des essais particuliers laissaient entendre que certains traitements procuraient un bienfait, il n'existe pas suffisamment de données concluantes qui montrent que les traitements complémentaires et non conventionnels sont réellement efficaces pour prendre en charge les symptômes de la ménopause. En outre, en l'absence de données à long terme sur la sécurité d'emploi et l'efficacité, on ne peut avoir l'assurance que ces traitements sont sans danger. Les effets secondaires et les interactions médicamenteuses de ces traitements ne sont pas bien connus, mais de tels effets et interactions se produisent.

Le message à retenir : Encore une fois, soyez une consommatrice avertie lorsque vient le temps d'acheter un remède naturel. Jusqu'en 2004, il n'existait aucune limite relativement aux affirmations qu'un fabricant pouvait émettre au sujet d'un produit, ce qui a porté de nombreuses femmes à croire ces affirmations et à acheter des produits qui n'étaient pas à la hauteur de leurs promesses. C'est ce qui est ressorti de nombreux signalements faits par les consommatrices soulignant des problèmes causés par un étiquetage inexact ou faux. En fin de compte, il vaut mieux se méfier des remèdes à base de plantes médicinales qui promettent un soulagement des symptômes de la ménopause.



Qui est SIGMA?

SIGMA (*Special Interest Group on Menopause and Aging*) est la Société Canadienne de la Ménopause. Nous sommes un groupe multidisciplinaire formé de médecins de famille, de spécialistes et de professionnels de la santé qui s'intéressent à la santé des femmes en ménopause. La mission qu'elle s'est fixée est d'améliorer la santé des femmes pendant et après la transition ménopausique grâce à des initiatives de formation et au transfert des connaissances.

SIGMA est la plaque tournante du transfert des connaissances sur la ménopause pour un large éventail de questions. Ce groupe établira un réseau avec les cliniques et les praticiens spécialisés dans la ménopause partout au Canada afin de permettre le partage des connaissances, de défendre la cause des femmes en ménopause au Canada et de fournir des renseignements à jour aux patients. SIGMA s'efforce d'être la voix des femmes au Canada.

Sur le plan international, SIGMA entretient des liens avec la *North American Menopause Society* (NAMS) et la *International Menopause Society* (IMS). Les membres de SIGMA entretiennent aussi des rapports avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), Ostéoporose Canada (OC) et la Fédération des femmes médecins du Canada (FFMC).

Pour obtenir des références et de plus amples renseignements, veuillez vous rendre sur le site Web www.sigmamenopause.com (site en anglais seulement).

NOUS AIMERIONS REMERCIER TOUT PARTICULIÈREMENT LES MÉDECINS SUIVANTS POUR LEUR CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DE CE LIVRET :

Sous la direction de D^r Chui Kin Yuen, FRCS(C), FACOG, M.B.A.

Collaborateurs (par ordre alphabétique) : • D^{re} Christine Derzko, FRCS(C) • D^{re} Elaine Jolly, O.C., FRCS(C) • D^r David Kendler, FRCP(C), ABIM • D^r Brent Kvern, CCMF, FCMF • D^{re} Marla Shapiro, M.Ch., CCMF, M.Sc.S., FRCP(C), FCMF, NCMP