

Directives cliniques conjointes de la SOGC et de la SCM sur la ménopause



T. Rowe

Timothy Rowe, MBBS

Département d'obstétrique et gynécologie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

Depuis le rapport de 2002 de la Women's Health Initiative sur l'hormonothérapie combinée (œstrogénostatif) comme traitement hormonal de la ménopause¹, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié trois directives cliniques sur la ménopause, plus récemment en 2014². Chaque publication successive a mis en avant la confiance renouvelée envers l'innocuité et l'efficacité de l'hormonothérapie pour la prise en charge des symptômes ménopausiques et de la morbidité associée. La population de femmes en périménopause continue de croître, et ce changement démographique – au Canada comme ailleurs – nécessite que les fournisseurs de soins restent sensibles aux besoins de cette population et sachent comment y répondre. Les options de prise en charge de la morbidité et des symptômes associés à la ménopause continuent également d'évoluer, et il est encourageant de constater que la recherche en santé postménopausique est à nouveau une entreprise sérieuse. On commence enfin à répondre à des questions fondamentales comme « Quelles sont les causes des bouffées de chaleur? » et « La ménopause perturbe-t-elle la fonction cognitive? ». Étant donné que les femmes sont de plus en plus présentes sur le marché du travail et qu'elles occupent des postes de pouvoir, il nous incombe à tous de veiller à ce qu'elles puissent travailler au mieux de leurs capacités.

Les directives nouvellement mises à jour, qui seront publiées dans les numéros d'octobre, de novembre et de décembre du *JOGC*, visent à fournir des stratégies (fondées sur les plus récentes données probantes publiées) pour améliorer les soins prodigués aux femmes ménopausées ou en périménopause. Pour produire ces directives cliniques, on a effectué des recherches dans les bases de données PubMed, Medline et Cochrane Library pour trouver des études pertinentes publiées entre 2002 et 2019. Le contenu

et les recommandations ont été rédigés et acceptés par les principaux auteurs et par les conseils d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Société canadienne de ménopause. La qualité des données probantes a été évaluée au moyen des critères de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)³. Chacune des directives fournit des déclarations sommaires et des recommandations, et nous espérons qu'elles donneront une base succincte aux lecteurs afin qu'ils actualisent leurs stratégies de prise en charge.

La première directive (n° 422a), publiée dans le présent numéro, met en perspective les inquiétudes les plus fréquentes chez les femmes en périménopause et fournit une approche systématique de prise en charge des symptômes vasomoteurs chez les femmes ménopausées ou en périménopause. Les options thérapeutiques comprennent les hormonothérapies et les traitements non hormonaux; la directive présente ces traitements ainsi que leurs effets escomptés et indésirables. Les thérapies complémentaires et les changements au mode de vie potentiellement efficaces sont également abordés. La directive n° 422b traite de la santé génito-urinaire dans le contexte du syndrome génito-urinaire de la ménopause. Les origines du syndrome génito-urinaire de la ménopause et les options de prise en charge, comme les traitements locaux et par voie générale, y sont décrites. La directive n° 422c passe en revue l'information à jour sur les changements validés de l'humeur, des habitudes de sommeil et de la fonction cognitive chez les

J Obstet Gynaecol Can 2021;43(10):1127–1128

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.005>

© 2019 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc.

femmes ménopausées ou en périménopause. Elle examine les stratégies potentielles en réponse à ces changements, y compris le rôle de l'hormonothérapie.

Dans la directive n° 422d, les auteurs se penchent sur la sexualité pendant la ménopause et recommandent d'effectuer un bref survol des antécédents sexuels à l'évaluation initiale de toutes les femmes en périménopause. Les options thérapeutiques appropriées pour la dysfonction sexuelle, y compris les stratégies reposant sur l'hormonothérapie, la physiothérapie et la psychologie, sont examinées. La directive n° 422e traite des maladies cardiovasculaires chez les femmes, dont le risque s'accroît à la ménopause. Les auteurs présentent l'information parue à ce sujet depuis la publication des directives de 2014 et soulignent à nouveau que le traitement hormonal de la ménopause ne doit actuellement pas être prescrit pour la prévention primaire ou secondaire des maladies cardiovasculaires.

La directive n° 422f est une discussion sur le sujet d'importance qu'est le cancer du sein. Les auteurs examinent surtout l'association entre le traitement hormonal de la ménopause et le cancer du sein, mais abordent aussi la prise en charge des femmes en périménopause présentant des facteurs héréditaires qui augmentent le risque de cancer du sein. Les auteurs soulignent à juste titre que la relation entre le traitement hormonal de la ménopause et le cancer du sein est complexe et que les femmes ayant besoin d'une hormonothérapie s'attendent à ce que le traitement prescrit comporte peu de risques.

Le dernier volet des directives (n° 422g) porte sur la détection et la prise en charge de l'ostéoporose chez les femmes en périménopause. Les auteurs se penchent sur l'important rôle du traitement hormonal de la ménopause

et décrivent l'utilisation de traitements spécifiques aux os et leurs effets indésirables potentiels.

Les directives cliniques s'adressent aux médecins, y compris les gynécologues, obstétriciens, médecins de famille, internistes et urgentologues; aux infirmières, y compris les infirmières autorisées et praticiennes; aux stagiaires, y compris les étudiants en médecine, résidents et moniteurs cliniques; et aux autres fournisseurs de soins aux femmes ménopausées ou en périménopause. La population cible de ces directives est la population de femmes adultes en transition ménopausique, qu'elle soit spontanée ou causée par une intervention chirurgicale ou une autre intervention thérapeutique.

Nous sommes convaincus que ces directives cliniques sur la ménopause seront une source de conseils pratiques qui aideront les fournisseurs de soins de santé dans la prise en charge des principales préoccupations des femmes en périménopause. Nous avons néanmoins conscience que de nombreuses questions fondamentales demeurent sans réponse et que seules des recherches approfondies permettront de les élucider. Comme toujours, nous invitons les lecteurs à nous transmettre leurs commentaires pour faire progresser la santé et le bien-être des femmes en périménopause partout dans le monde.

RÉFÉRENCES

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, 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;288:321–33.
2. Reid R, Abramson BL, Blake J, et coll. Menopause and Osteoporosis Working Group. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:1–80.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et coll. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924.