



# La ménopause revisitée par l'approche intégrée

2

Sylvie Dodin

*M<sup>me</sup> Bouffard, secrétaire de direction, 52 ans, présente depuis six mois des bouffées de chaleur qui l'incommodent, surtout la nuit. Elle dort mal, manque de concentration, est d'humeur changeante, souvent agressive et parfois maussade. Elle a de plus un surplus de poids (IMC = 28,5). Ayant moins d'énergie, elle a abandonné sa marche hebdomadaire, ce qui lui évite d'avoir trop chaud. Elle a des questions sur les approches parallèles et complémentaires. Que lui répondez-vous ?*

**V**ERS LA FIN DES ANNÉES 1990, la ménopause se résumait à prescrire l'hormonothérapie de remplacement, panacée à toutes les manifestations de la ménopause, notamment les signes et symptômes cardiovasculaires et l'ostéoporose liée à l'hypoœstrogénie. Même les cardiologues vantaient les mérites de l'hormonothérapie. En 2003, un pavé est jeté dans la mare : les résultats de la fameuse étude Women's Health Initiative<sup>1</sup>, médiatisés à outrance, secouent la communauté médicale, alertent et inquiètent les femmes. Après la publication de ces résultats, les utilisatrices québécoises anciennes et nouvelles de l'hormonothérapie ont diminué de 28 % et de 50 % respectivement<sup>2</sup>. On assiste aujourd'hui à un juste retour du balancier. En effet, la vision biomédicale de la ménopause (encadré 1) doit laisser place à une approche individualisée centrée sur les besoins de la femme et sur ses valeurs dans un processus de décision éclairée et partagée où la promotion de la santé par un changement des habitudes de vie est au cœur d'une démarche intégrée.

*La D<sup>re</sup> Sylvie Dodin, gynécologue, est professeure titulaire à l'Université Laval, titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon de l'Université Laval pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention et directrice du Centre Ménopause Québec, de l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHUQ, à Québec.*

## Encadré 1

### Quelques définitions pour nous démêler<sup>3</sup>

#### ☉ **Ménopause**

Arrêt définitif des menstruations parallèlement à l'épuisement complet des follicules ovariens. Le diagnostic de ménopause n'est posé avec certitude que rétrospectivement après une période d'aménorrhée de douze mois consécutifs.

#### ☉ **Périménopause**

Période de 2 à 5 ans précédant la ménopause, pendant laquelle apparaissent les signes cliniques (irrégularités menstruelles) ou symptômes annonçant l'approche de la ménopause et année qui suit les dernières menstruations.

#### ☉ **Postménopause**

Période commençant à partir des dernières menstruations et qui se poursuit jusqu'à la fin de l'existence.

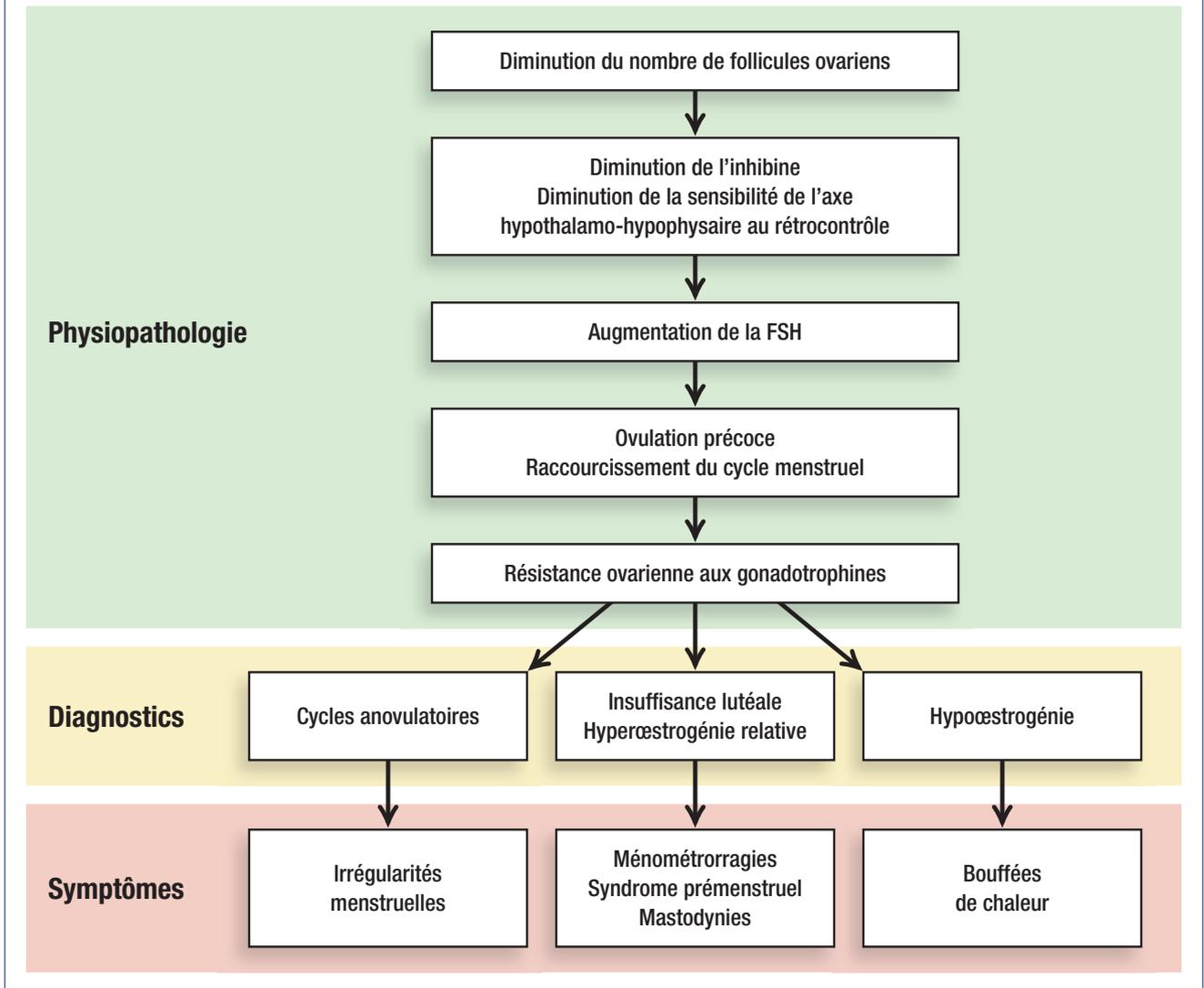
### Comment comprendre la ménopause : un déficit hormonal ou une étape de la vie ?

#### La périménopause : la valse hormonale

La périménopause se caractérise par d'importants bouleversements hormonaux où tout est possible : hypoœstrogénie, hyperœstrogénie relative, insuffisance lutéale, cycles anovulatoires et raccourcissement de la phase folliculaire ou lutéale (figure). Cette valse hormonale explique en grande partie les symptômes cliniques associés à cette période orageuse, très variables et imprévisibles d'un mois à l'autre : bouffées de chaleur, troubles du sommeil et fatigue, qui sont le reflet de l'hypoœstrogénie et qui peuvent

## Figure

### Évolution clinique et physiologique de la périménopause



faire place le mois suivant à la mastalgie témoignant d'une hyperœstrogénie. Syndrome prémenstruel et ménométrorragies constituent des manifestations fréquentes de cette période d'instabilité hormonale évoluant progressivement vers l'arrêt définitif du fonctionnement ovarien et donc vers l'hypoœstrogénie de la postménopause.

#### *La ménopause : une étape au milieu de la vie*

La ménopause, un processus naturel universel qui survient au milieu de la vie, ne pourrait se résumer aux manifestations physiques liées aux changements hormonaux. Elle correspond aussi à une transition importante sur les plans personnel, psychologique

**La ménopause, un processus naturel universel qui survient au milieu de la vie, ne pourrait se résumer aux manifestations physiques liées aux changements hormonaux. Elle correspond aussi à une transition importante sur les plans personnel, psychologique et social.**

Repère

**Encadré 2**

**Niveaux de recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP)**

**Catégorie**

- A On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle on devrait s'intéresser à cette affection.
- B On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle on devrait s'intéresser à cette affection.
- C Les données pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection sont conflictuelles.
- D Les données pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection sont acceptables.
- E Les données pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection sont suffisantes.
- I\* Les données sont insuffisantes pour émettre une recommandation.

\* En 2003, le GÉCSSP, dans une remise à jour de ses niveaux de preuves, a inclus un niveau I pour les situations où les données sont insuffisantes pour faire une recommandation (auparavant ces situations étaient incluses dans la catégorie C). Ce changement n'est pas rétroactif et les recommandations C faites avant 2003 n'ont pas été réévaluées.

Source : Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003 ; 169 (3) : 207-8. Reproduction autorisée.

**Encadré 3**

**Produits de santé naturels : niveaux de recommandation**

| Produits de santé naturels                  | Niveaux de recommandation |
|---|---------------------------|
| <b>Phytoestrogènes</b>                      |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | B                         |
| ☞ Ostéoporose                               | A                         |
| <b>Actée à grappes noires</b>               |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | C                         |
| <b>Vitamine E</b>                           |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | C                         |
| ☞ Prévention des maladies cardiovasculaires | D                         |
| ☞ Prévention du cancer                      | D                         |
| <b>Huile d'onagre</b>                       |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | D                         |
| <b>Don Quai</b>                             |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | D                         |
| <b>Millepertuis</b>                         |                           |
| ☞ Bouffées de chaleur                       | B/C                       |
| ☞ Dépression de légère à modérée            | A                         |

et social : les enfants quittent la maison (syndrome du nid vide), alors que les parents vieillissants nécessitent davantage de soutien (aidant naturel). L'équilibre entre vies professionnelle, familiale et personnelle se modifie. La transition associée à la ménopause est assurément une période de plus grande vulnérabilité tandis que le seuil de tolérance aux événements stressants est souvent diminué. « Cette pause hormonale », au cours de laquelle la femme doit faire face à la réalité inéluctable du deuil de la fertilité et au vieillissement, s'accompagne chez un certain nombre de femmes d'une importante remise en question personnelle, voire d'une véritable crise identitaire. Chaque femme vivra cette période de transition en fonction de ses valeurs ainsi que de son histoire personnelle et relationnelle. De plus, le contexte socioculturel influe considérablement sur la façon dont les femmes vivront cette étape de la vie. En effet, un niveau socio-

économique bas, une faible scolarité, l'absence de travail rémunéré ou valorisant ainsi que des images et des idées négatives de la ménopause ont été associés à un vécu plus difficile de la ménopause<sup>4</sup>.

**Quelles sont les approches parallèles et complémentaires qui ont fait leurs preuves ?**

Entre 1998 et 2000, plus de 100 nouveaux produits de santé naturels en lien avec la ménopause ont été mis sur le marché américain<sup>5</sup>, mais seuls quelques produits de santé naturels ont fait l'objet d'essais cliniques visant à évaluer leur efficacité (encadrés 2 et 3).

**Principes généraux d'une vie saine et équilibrée**

Les principes généraux d'une vie saine et équilibrée, où plaisir et santé sont compatibles, s'appliquent particulièrement aux femmes vivant cette période de transition ménopausique et peuvent contribuer à

améliorer la qualité de vie et à augmenter la tolérance aux symptômes ménopausiques. Le tabagisme, la sédentarité et un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27 ont été associés à une augmentation du risque de souffrir de bouffées de chaleur<sup>4</sup>. Plusieurs modifications simples du milieu de vie et de l'environnement quotidien peuvent aider à réduire l'inconfort dû aux bouffées de chaleur en abaissant la température profonde du corps (réduction de la température de l'air, ventilateur, consommation de boissons froides)<sup>6</sup>. À l'inverse, les boissons chaudes, l'alcool et les aliments épicés devraient être évités.

### *Les produits de santé naturels*

#### **Phytoestrogènes**

Une revue systématique, incluant tous les essais cliniques à répartition aléatoire de langue anglaise et comparant une approche parallèle ou complémentaire dans un groupe sous placebo et dans un autre recevant un traitement pour le soulagement des symptômes de ménopause, a été publiée en juillet 2006<sup>7</sup>. Des quinze essais cliniques ayant évalué l'efficacité des phytoestrogènes, seuls quatre montraient une amélioration significative des symptômes de ménopause comparativement au groupe sous placebo. En mai 2006, une autre revue systématique avec méta-analyse a évalué l'efficacité et les effets indésirables des thérapies non hormonales pour le soulagement des bouffées de chaleur<sup>8</sup>. Quarante-trois essais cliniques à répartition aléatoire répondaient aux critères d'inclusion, soit dix portant sur les antidépresseurs, seize sur d'autres types de médicaments et dix-sept sur les extraits d'isoflavones (phytoestrogènes). Le nombre quotidien de bouffées de chaleur diminue significativement, mais très modestement avec les antidépresseurs (ISRS ou ISRN). Aucun changement significatif n'est observé avec les phytoestrogènes extraits du trèfle rouge tandis que les effets sont

mixtes pour les extraits d'isoflavones de soja.

En 2007, un essai clinique de très bonne qualité, le plus vaste publié à ce jour sur les phytoestrogènes, réalisé auprès de 389 femmes ménopausées, ostéopéniques et en bonne santé, sur une période de 24 mois, semble indiquer un effet protecteur d'un extrait pur de génistéine sur la masse osseuse lombaire et fémorale<sup>9</sup>. Par ailleurs, les auteurs de cet essai clinique ont évalué l'effet de cet extrait d'isoflavones sur certains facteurs de risque cardiovasculaires. Quoique le profil lipidique n'ait pas été modifié, un effet favorable a été observé sur certains marqueurs du syndrome métabolique (glycémie, insulinémie, HOMA-AIR), à 12 et à 24 mois<sup>10</sup>.

En résumé, quoique l'effet des phytoestrogènes sur les symptômes de ménopause, notamment sur les bouffées de chaleur, soit inconstant et modeste, l'effet favorable sur la masse osseuse et sur certains facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que l'excellent rapport risques/avantages font des phytoestrogènes une avenue non médicamenteuse intéressante.

#### **Sources de phytoestrogènes**

Les deux principales sources de phytoestrogènes sont les dérivés du soja et les aliments à grains entiers et, essentiellement, les graines de lin (*tableau*). Favoriser l'apport de phytoestrogènes dans l'alimentation plutôt que dans les suppléments évite également les risques de surconsommation.

Les graines de lin produites au Québec et au Canada, riches en phytoestrogènes de type lignane, sont très faciles à trouver et peu coûteuses. Elles doivent être achetées entières, mais consommées concassées ou broyées et gardées au réfrigérateur. Elles peuvent facilement être intégrées dans l'alimentation et entrer dans la composition du pain, des muffins et des biscuits en remplacement de la matière grasse. Elles sont également une source importante de fibres et d'oméga-3 (acide linoléique). Elles sont toutefois

***Quoique l'effet des phytoestrogènes sur les symptômes de ménopause, notamment sur les bouffées de chaleur, soit inconstant et modeste, l'effet favorable sur la masse osseuse et sur certains facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que l'excellent rapport risques/avantages font des phytoestrogènes une avenue non médicamenteuse intéressante (dérivés du soja, aliments à grains entiers et graines de lin).***

*Repère*

**Tableau****Contenu en phytoestrogènes de quelques aliments\***

| Sources de phytoestrogènes                                       | Teneur en isoflavones ou lignanes |
|--|-----------------------------------|
| Farine de soja (50 g)  | 74 mg – 89 mg                     |
| Fèves de soja rôties (50 g)                                      | 64 mg                             |
| Concentré de protéines de soja (extraction à l'eau) (50 g)       | 51 mg                             |
| Fèves de soja cuites (125 ml ou 1/2 tasse)                       | 47 mg <sup>†</sup>                |
| Farine de soja (21 g)  | 44 mg                             |
| Tempeh (100 g ou 3,5 oz)   | 43 mg                             |
| Tofu <sup>‡</sup> (100 g ou 3,5 oz)                              | 22 mg – 30 mg                     |
| Boisson de soja (250 ml ou 8 oz)                                 | 20 mg <sup>§</sup>                |
| Miso (25 g)  | 10 mg                             |
| Concentré de protéines de soja (extraction à l'alcool) (50 g)    | 6 mg                              |
| Graines de lin moulues, brunes ou dorées (15 ml ou 1 c. à soupe) | 5000 µg de lignanes               |

\* Source : Passeport Santé. Site Internet : [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net). (Date de consultation : le 7 juillet 2007) Reproduction et adaptation autorisées.

† Source : USDA-Iowa State University Database on the Isoflavone Content of Foods, Release 1.3 – 1999.

‡ Le tofu ferme renferme plus de phytoestrogènes que le tofu mou.

§ Source : The Linus Pauling Institute. Micronutrient Information Center, Soy isoflavones.

caloriques, d'où l'importance de les considérer comme un aliment plutôt que comme un supplément. Enfin, leur richesse en fibres peut entraîner chez certaines femmes de petits troubles digestifs (ballonnements, gaz). Une introduction très progressive dans l'alimentation réduit ces effets secondaires.

Les produits dérivés du soja (tofu, boisson de soja, miso, farine de soja, etc.), riches en phytoestrogènes de type isoflavone, sont parfois plus difficiles à intégrer dans l'alimentation et sont souvent plus coûteux.

Les données disponibles actuellement ne nous permettent pas de formuler des conclusions précises sur la façon dont les phytoestrogènes devraient être ajoutés à l'alimentation, ni sur la quantité et la durée idéale de consommation. À ce jour, cependant, la plupart des études ont été réalisées avec des quantités de 30 à 50 grammes de graines de lin broyées ou de protéines de soja. Les isoflavones sont présentes dans plusieurs autres aliments d'origine végétale, notamment les légumineuses, les oignons, les pommes, le vin rouge, les raisins, l'huile d'olive, les agrumes et le thé (vert et noir). C'est toutefois le

soja (une légumineuse) qui en est la source la plus substantielle. Selon la transformation que subit la fève de soja, le produit final contient plus ou moins d'isoflavones. Bien que la quantité d'isoflavones varie sensiblement d'une source à l'autre, une portion de soja contient de 30 mg à 40 mg d'isoflavones. Les autres aliments en contiennent sensiblement moins, de même que les produits de soja de « seconde génération » (sauce Tamari, crème glacée, burger ou saucisse de tofu). Une cuillerée à soupe, correspondant à 10 g de graines de lin broyées, contient environ 5000 µg de lignanes.

### Actée à grappes noires

Bien que plusieurs études cliniques, surtout anciennes, indiquent que l'actée à grappes noires (*black cohosh*) peut réduire les symptômes de ménopause, ce produit de santé naturel ne s'est pas révélé supérieur au placebo dans les études les plus récentes. Sur les quatre essais cliniques retenus dans une revue systématique ayant évalué l'efficacité de l'actée à grappes noires, un seul mentionnait un effet bénéfique de ce produit sur les symptômes de ménopause<sup>11</sup>.

Très récemment, un essai clinique à double insu à répartition aléatoire a évalué l'efficacité et l'innocuité à court terme de trois approches naturopathiques et de l'hormonothérapie de remplacement comparativement à un placebo dans la réduction des bouffées de chaleur et des sudations nocturnes. Trois cent cinquante femmes de 45 à 55 ans en périménopause ou en ménopause ayant présenté au moins deux bouffées de chaleur ou deux périodes de sueurs nocturnes par jour sur une période de deux semaines ont été incluses dans l'étude.

Les participantes étaient assignées de façon aléatoire à l'un des cinq groupes suivants :

- 1) actée à grappes noires, 160 mg, 4 f.p.j. ;
- 2) extraits de plantes (neuf ingrédients botaniques) en association avec l'actée à grappes noires, 200 mg, 4 f.p.j. ;
- 3) extraits de plantes en association avec un counselling alimentaire sur la prise de produits dérivés du soja ;
- 4) hormonothérapie de remplacement, 0,625 mg d'œstrogènes conjugués (Premarin) avec ou sans acétate de médroxyprogestérone (Provera, 2,5 mg) ;
- 5) placebo.

Le nombre de bouffées de chaleur a diminué de façon significative dans les cinq groupes entre le mois 0 et le mois 3. Aucune différence significative n'a été observée entre les trois groupes ayant été assignés à une préparation botanique et le groupe sous placebo dans la fréquence ou l'intensité des symptômes aux mois 3, 6 et 12. Au mois 12, l'intensité des bouffées de chaleur chez les femmes ayant reçu l'intervention nutritionnelle en association avec les extraits de plantes était significativement plus élevée. Quant aux femmes ayant reçu l'hormonothérapie, elles ont eu en moyenne 4,06 symptômes vasomoteurs par jour de moins que les femmes sous placebo (IC à 95 %, -5,93 à -2,19 ;  $P < 0,001$ )<sup>12</sup>.

Le potentiel de l'actée à grappes noires employée seule ou avec des extraits de plantes a joué un rôle important dans la réduction des symptômes vasomoteurs.

De plus, l'innocuité de l'actée à grappes noires a récemment été mise en cause. Les auteurs d'une revue de littérature non systématique portant sur le sujet recommandent aux femmes traitées en chimiothérapie pour un cancer du sein d'éviter l'utili-

sation de l'actée à grappes noires. En effet, il semble que ce produit pourrait augmenter la toxicité de deux médicaments utilisés couramment en chimiothérapie, soit la doxorubicine (Adriamycin) et le docetaxel (Taxotere)<sup>11</sup>.

## Vitamine E

Quoique les études anciennes, souvent de qualité méthodologique douteuse, semblaient indiquer un effet bénéfique sur les symptômes de la ménopause, selon les études plus récentes, l'effet de la vitamine E sur les bouffées de chaleur ne serait pas supérieur à l'effet placebo ou serait tout au plus très marginal (une bouffée de chaleur de moins par jour !)<sup>13</sup>.

Les suppléments vitaminiques, notamment la vitamine E, ont été mis sur la sellette ces dernières années avec la publication des résultats de deux méta-analyses remettant en question leurs effets protecteurs des suppléments vitaminiques sur l'incidence des maladies cardiovasculaires et des cancers. Contrairement aux résultats des études d'observation, deux essais cliniques de grande envergure, soit les essais cliniques ATBC et CARET, signalaient une incidence plus élevée de cancer du poumon (18 % et 28 % respectivement) chez les participants ayant été aléatoirement assignés à la prise d'antioxydants comparativement au placebo<sup>14,15</sup>.

## Huile d'onagre

Un seul essai clinique à double insu à répartition aléatoire portant sur l'huile d'onagre a été réalisé spécifiquement chez les femmes ménopausées avec symptômes. Le soulagement des bouffées de chaleur n'était pas plus marqué dans le groupe ayant consommé un supplément de 500 mg, deux fois par jour, d'huile d'onagre que dans le groupe sous placebo<sup>16</sup>. Les résultats des sept essais cliniques portant sur l'efficacité de l'huile d'onagre sur le syndrome prémenstruel ont été revus dans le cadre d'une méta-analyse. Les deux meilleures études ne révèlent pas de différence entre l'huile d'onagre et le placebo dans le traitement du syndrome prémenstruel. L'huile d'onagre est une source importante d'oméga-6, une substance que notre alimentation nord-américaine nous fournit au-delà de nos besoins. Consommés en excès, les acides gras essentiels de type oméga-6 entrent en compétition

enzymatique avec les oméga-3 et peuvent en empêcher les effets bénéfiques, notamment sur le plan de la protection cardiovasculaire<sup>17</sup>.

### Don Quai

Un seul essai clinique à double insu à répartition aléatoire a été réalisé auprès de 71 femmes ménopausées ayant des bouffées de chaleur. Après six mois, aucune différence significative n'a été observée entre le groupe sous placebo et le groupe expérimental dans le soulagement des symptômes, l'épaisseur de l'endomètre et l'index de maturation vaginale<sup>18</sup>.

### Millepertuis (*Hypericum perforatum*)

De 2001 à 2006, cinq méta-analyses portant sur l'efficacité du millepertuis (*St. John's wort*) contre la dépression ont été publiées. Quatre d'entre elles ont confirmé que le millepertuis était plus efficace qu'un placebo pour soulager les symptômes de la dépression légère à modérée et qu'il était d'une efficacité équivalente à celle des antidépresseurs de synthèse, tout en causant moins d'effets indésirables que ces derniers<sup>19-21</sup>. La revue de littérature systématique la plus récente, publiée en 2006<sup>22</sup>, incluant 37 des 39 essais cliniques répertoriés par les auteurs, conclut à une efficacité du millepertuis supérieure à celle du placebo ou équivalente à celle des antidépresseurs.

Une étude clinique non contrôlée et sans répartition aléatoire publiée en 1999<sup>23</sup> indique que le millepertuis, utilisé seul, pourrait être efficace pour diminuer les symptômes de périménopause. Les nombreux biais méthodologiques de cette étude limitent toutefois l'interprétation des résultats. Un essai clinique pilote, à répartition aléatoire et à double insu, a été réalisé auprès de 47 femmes québécoises ménopausées avec symptômes. La prise de millepertuis a été associée à une amélioration significative du score de qualité de vie propre à la ménopause et des troubles du sommeil<sup>24</sup>.

En monothérapie, le millepertuis a un excellent profil d'innocuité qui est nettement supérieur à celui des antidépresseurs classiques. Le millepertuis pourrait toutefois entraîner une hypersensibilité de la peau au soleil, quoique plusieurs essais cliniques récents ne signalent aucune photosensibilité aux doses généralement utilisées. Par contre, de très nombreuses interactions ont été associées au millepertuis, notam-

ment avec les antidépresseurs, les antimigraineux, les immunodépresseurs, les contraceptifs oraux, les anticoagulants, les statines et les antiasthmatiques. La liste de ces interactions s'allonge régulièrement.

### *Les autres approches complémentaires*

#### Techniques de relaxation

La relaxation musculaire et la respiration électro-entraînée sur des périodes de six à seize semaines ont été associées à une réduction des symptômes de la ménopause chez les femmes ayant des bouffées de chaleur d'intensité légère ou modérée<sup>25</sup>.

#### Acupuncture

Moins d'une dizaine d'études ont testé l'efficacité de l'acupuncture sur le soulagement des bouffées de chaleur et elles présentent de nombreuses failles méthodologiques (absence de groupe témoin, de groupe sous placebo, petite taille de l'échantillon, etc.), ce qui limite beaucoup l'interprétation des résultats. Trois études récentes publiées au cours des deux dernières années présentent des résultats discordants. L'étude suédoise réalisée auprès de 102 femmes ménopausées révèle une diminution de la fréquence des bouffées de chaleur après 4 et 12 semaines de séances d'acupuncture à raison d'une, puis de deux fois par semaine<sup>26</sup>. Les résultats de l'étude réalisée auprès de 21 femmes américaines avec symptômes semblent indiquer que l'acupuncture agit sur l'intensité et non sur la fréquence des bouffées de chaleur<sup>27</sup> alors qu'aucune différence significative entre l'acupuncture et l'acupuncture simulée n'était observée dans l'étude de Vincent et coll.<sup>28</sup>. Compte tenu de l'excellent rapport risques/avantages de l'acupuncture, un essai de grande envergure et de bonne qualité méthodologique devrait être entrepris.

### **Comment favoriser une approche intégrée et en arriver à une décision partagée concernant les traitements de la ménopause ?**

#### *Situer la ménopause dans son contexte global*

#### Un grand ménage sans danger :

##### L'analogie du sac à dos

La femme québécoise active sur le plan professionnel, assurant le bien-être de sa famille et devant faire face à tous les stéréotypes de la vie moderne porte sur

ses épaules un sac à dos très lourd, souvent rempli au maximum de sa capacité et mal équilibré. Ce sac à dos est d'autant plus difficile à porter sur le terrain hormonal accidenté de la périménopause. Il va de soi que la ménopause devrait être une période de « pause » propice à l'allègement et à la réorganisation du sac à dos selon ses valeurs et ses priorités.

### Une modification des habitudes de vie

Dans cette période propice aux changements, la promotion de la santé, par une modification des habitudes de vie favorisant une alimentation équilibrée et variée, riche en fruits et légumes et en produits laitiers, mais à faible teneur en gras saturés, privilégiant les acides gras de type oméga-3 et encourageant la pratique d'activités physiques et la gestion du stress, devrait être priorisée.

### Décision éclairée à la lumière des connaissances actuelles

En 2007, c'est plus de 5,6 millions de femmes qui ont plus de 50 ans. Chez la majorité d'entre elles, la ménopause s'accompagnera d'un certain nombre de symptômes, de troubles vasomoteurs, d'insomnie, de fatigue et de troubles de l'humeur qui seront ressentis de façon très différente d'une femme à l'autre selon leur durée et leur intensité, mais aussi en fonction des expériences antérieures, de la culture et de l'environnement social et culturel de chacune d'entre elles. On estime qu'environ une femme sur cinq présentant des symptômes nuisant à sa qualité de vie optera pour l'hormonothérapie de remplacement, qui demeure l'approche thérapeutique la plus efficace pour soulager les bouffées de chaleur et réduire les symptômes vasomoteurs de 50 % comparativement au placebo. Sachez que les bouffées de chaleur diminuent d'environ 30 % dans un délai de trois semaines suivant la prise d'un placebo<sup>29</sup>.

**L**A MÉNopause, ÉTAPE NATURELLE au mitan de la vie, est une période marquante de la vie d'une femme, qui est propice à la promotion d'une approche intégrée et préventive de la santé favorisant l'ouverture d'esprit, le respect et l'autonomie. Le rôle du professionnel de la santé sera d'accompagner la patiente dans un processus de décision partagée centré sur les besoins et les valeurs de cette dernière, respectant ses expériences antérieures et tenant compte de son environnement socioculturel. Une fois le climat de confiance établi, aucune décision ne sera bonne ou mauvaise et encore moins définitive. Il y aura plutôt un choix personnalisé, éclairé en fonction des connaissances actuelles (qui évoluent très vite) et du rapport risques/avantages des différentes options qui s'offrent aux femmes. 

Date de réception : 8 août 2007

Date d'acceptation : 11 septembre 2007

Mots clés : ménopause, approche intégrée, hormonothérapie de remplacement, produits de santé naturels, approches parallèles et complémentaires

La D<sup>re</sup> Dodin déclare recevoir des octrois de recherche de Isodis Natura.

### Bibliographie

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 (3) : 321-3.
2. Guay MP, Dragomir A, Pilon D et coll. Changes in pattern of use, clinical characteristics and persistence rate of hormone replacement therapy among postmenopausal women after the WHI publication. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007 ; 16 (1) : 17-27.
3. Belisle S, Blake J, Basson R et coll. Canadian consensus conference on menopause, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can* 2006 ; 28 (2 Suppl. 1) : S7-S94.
4. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL et coll. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000 ; 152 (5) : 463-73.
5. Kass-Annese B. Alternative therapy for menopause. *Clin Obstet Gynecol* 2000 ; 43 : 162-83.

**Le rôle du professionnel de la santé sera d'accompagner la patiente dans un processus de décision partagée centré sur les besoins et les valeurs de cette dernière, respectant ses expériences antérieures et tenant compte de son environnement socioculturel. Une fois le climat de confiance établi, aucune décision ne sera bonne ou mauvaise et encore moins définitive.**

Repère

6. Kronenberg F, Barnard RM. Modulation of menopausal hot flashes by ambient temperature. *J Therm Biol* 1992 ; 17 : 43-9.
7. Nedrow A, Miller J, Walker M et coll. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. *Arch Intern Med* 2006 ; 166 (14) : 1453-65.
8. Nelson HD, Vesco KK, Haney E et coll. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006 ; 295 (17) : 2057-71.
9. Marini H, Minutoli L, Polito F et coll. Effects of the phytoestrogen genistein on bone metabolism in osteopenic postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ; 146 (12) : 839-47.
10. Atteritano M, Marini H, Minutoli L et coll. Effects of the phytoestrogen genistein on some predictors of cardiovascular risk in osteopenic, postmenopausal women: a 2-years randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2007 ; 92 (8) : 3068-75.
11. Huntley A, Ernst E. A systematic review of the safety of black cohosh. *Menopause* 2003 ; 10 (1) : 58-64.
12. Newton KM, Reed SD, LaCroix AZ et coll. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multibotanicals, soy, hormone therapy, or placebo: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006 ; 145 (12) : 869-79.
13. Barton DL, Loprinzi CL, Quella SK et coll. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 (2) : 495-500.
14. Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD et coll. Effects of a combination of beta carotene and vitamin A on lung cancer and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1996 ; 334 (18) : 1150-5.
15. The Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. *N Engl J Med* 1994 ; 330 (15) : 1029-35.
16. Chenoy R, Hussain S, Tayob Y et coll. Effect of oral gamolenic acid from evening primrose oil on menopausal flushing. *BMJ* 1994 ; 308 (6927) : 501-3.
17. Budeiri D, Li Wan Po A, Dornan JC. Is evening primrose oil of value in the treatment of premenstrual syndrome? *Control Clin Trials* 1996 ; 17 (1) : 60-8.
18. Hirata JD, Swiersz LM, Zell B et coll. Does dong quai have estrogenic effects in postmenopausal women? A double-blind, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 1997 ; 68 (6) : 981-6.
19. Linde K, Ramirez G, Mulrow CD et coll. St. John's wort for depression – An overview and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 1996 ; 313 (7052) : 253-8.
20. Whiskey E, Werneke U, Taylor D. A systematic review and meta-analysis of Hypericum perforatum in depression: a comprehensive clinical review. *Int Clin Psychopharmacol* 2001 ; 16 (5) : 239-52.
21. Roder C, Schaefer M, Leucht S. [Meta-analysis of effectiveness and tolerability of treatment of mild to moderate depression with St. John's Wort]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2004 ; 72 (6) : 330-43.
22. Clement K, Covertson CR, Johnson MJ et coll. St. John's wort and the treatment of mild to moderate depression: a systematic review. *Holist Nurs Pract* 2006 ; 20 (4) : 197-203.
23. Grube B, Walper A, Wheatley D. St. John's Wort extract: efficacy for menopausal symptoms of psychological origin. *Adv Ther* 1999 ; 16 (4) : 177-86.

## Summary

### An Integrated Approach to Menopause Management.

Menopause is a universal natural process which occurs in midlife women and cannot be summarized by physical manifestations related to hormonal changes, but rather corresponds to a major transition on a personal, psychological and social level.

During this favourable period to initiate changes, health promotion such as modifying life habits that incorporate regular physical activity and stress management should be prioritized.

Although the effect of phytoestrogens on menopause symptoms and in particular on hot flashes is inconstant and modest, the favourable effect on the osseous mass and certain cardiovascular risk factors and their excellent risks/benefits profile make phytoestrogens the most interesting non-medicinal alternative.

The most recent studies do not suggest the superiority of black cohosh, vitamin E, evening primrose oil or Dong Quai over placebo for menopause symptoms relief.

The promising results regarding the effectiveness of St. John's wort and acupuncture for the relief of symptoms associated with menopause would require the confirmation of the methodology and quality standards used in the clinical trials.

In an atmosphere of confidence there is no good or bad decision. The role of the health professional will be consisting of accompanying women in a shared decision-making process, supporting a personalized and enlightened choice according to current knowledge and taking into account the risks/benefits profile of the various options which are offered to women.

**Keywords:** menopause, integrated approach, hormone replacement therapy, natural health products, alternative and complementary medicine

24. Akoum A, Maunsell E, Verreault R et coll. Effects of Hypericum perforatum compared to placebo on hot flushes and quality of life in menopausal women: a pilot trial. (Résumé). *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 2006 ; 11 (S1) : 16.
25. Irvin JH, Domar AD, Clark C et coll. The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996 ; 17 (4) : 202-7.
26. Zaborowska E, Brynhildsen J, Damberg S et coll. Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flushes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies. *Climacteric* 2007 ; 10 (1) : 38-45.
27. Huang MI, Nir Y, Chen B et coll. A randomized controlled pilot study of acupuncture for postmenopausal hot flashes: effect on nocturnal hot flashes and sleep quality. *Fertil Steril* 2006 ; 86 (3) : 700-10.
28. Vincent A, Barton DL, Mandrekar JN et coll. Acupuncture for hot flashes: a randomized, sham-controlled clinical study. *Menopause* 2007 ; 14 (1) : 45-52.
29. Maclennan AH, Broadbent JL, Lester S et coll. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (4) : CD002978.