

Traiter ou pas ?

MÉNOPAUSE

La ménopause, étape naturelle dans la vie de toute femme, a reçu depuis 50 ans le statut de maladie à traiter. Pour bien saisir les raisons de cette médicalisation – et comprendre où on en est aujourd’hui – il est intéressant de relire l’évolution des idées sur les traitements hormonaux depuis leur lancement dans les années 60.

KARIN RONDIA



CORBIS

Avant les années 50, la ménopause ne faisait pas de vagues ; elle était accueillie avec fatalité comme l’un des signes de l’avancement en âge. Il faut dire que 50 ans était déjà le seuil de la vieillesse pour les femmes de cette époque : nous avons tous le souvenir de nos mères/grand-mères/arrière-grand-mères (selon notre âge) revêtues de leur cache-poussière boutonné devant, qui avaient abdiqué toute féminité une fois leur tâche reproductrice accomplie.

La médecine a fait bien des progrès depuis lors, mais la condition de la femme aussi. Et, en matière de ménopause, il est bien difficile de dire lequel des deux a été le moteur de l’autre...

C’est donc dans ce contexte que les hormones ont fait leur apparition, au moment où la révolution chimique a soudain permis de reproduire de façon synthétique nombre de molécules naturelles de notre organisme. C’est aux Etats-Unis que l’engouement a été le plus immédiat. Quelques livres y ont

contribué, le plus célèbre étant *Feminine Forever* écrit par un certain Dr Robert A. Wilson, un gynécologue new-yorkais qui a été le premier à décrire la ménopause comme « une maladie sérieuse, douloureuse et souvent débilante » qui confisquait aux femmes toute leur féminité et les laissait à l’état de castrats (sic). « A partir d’aujourd’hui, clamait-il dans des conférences où se pressaient les foules, chaque femme a la possibilité de rester éternellement féminine. » Il apparut par après que le Dr Wilson

avait touché des émoluments confortables de la principale firme pharmaceutique fabriquant ces hormones, mais l'affaire fit long feu.

Une logique « médicalisante »

Mais le pli était pris. Le langage médical de l'époque ne décrivait plus désormais la ménopause qu'en termes de pertes : « déficience ovarienne », « carence hormonale », etc. Et très logiquement, là où une déficience thyroïdienne se traite par des hormones thyroïdiennes, et un diabète par une supplémentation d'insuline, la déficience des ovaires devait se traiter par un « traitement hormonal de substitution » (THS). A partir du moment où l'on s'engage dans une telle logique médicalisante, balayant le « détail » selon lequel l'arrêt de la fonction reproductive est inscrit dans la vie de chaque femme, ce raisonnement tient implacablement debout. D'autant plus qu'on avait de bonnes raisons de penser que, ce faisant, on allait protéger les femmes contre deux risques majeurs à long terme : les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose. Le risque cardiovasculaire : puisque les hommes font davantage d'infarctus que les femmes avant la soixantaine, et que les femmes les

rejoignent par la suite, il était logique de penser que les hormones féminines étaient protectrices, et qu'en donner *ad vitam* empêcherait les femmes d'en être victimes. La fragilité osseuse : on savait que les œstrogènes sont protecteurs des os et ralentissent la décalcification associée à l'âge (qui commence dès 25 ans...) ; il était donc logique aussi de penser que tant que la femme prendrait des hormones, ses os se maintiendraient solides et en bonne santé.

A ces deux raisons fondamentales s'ajoutaient quelques avantages immédiats : diminuer les bouffées de chaleur et maintenir plus longtemps l'apparence de la jeunesse (peau et muqueuses plus toniques, moins de rides, etc.). Si ces derniers arguments étaient incontestables – encore que les aspects « cosmétiques » soient éminemment variables d'une femme à l'autre – ce discours péchait par excès d'optimisme sur le plan des risques à long terme. On n'a pas tardé à s'en rendre compte. Une première alerte a été donnée au tournant des années 80, lorsqu'on constata que les femmes prenant des œstrogènes développaient un risque accru de cancer de l'endomètre (la muqueuse de l'intérieur de l'utérus). Mais on donna alors des progestatifs en complément

(comme dans les pilules contraceptives), ce qui régla rapidement le problème.

Infarctus et cancer du sein

Cependant, d'autres inquiétudes commencent tout doucement à faire surface. On constata, dès les années 90, une certaine augmentation des cancers du sein et des accidents thromboemboliques, mais on continua à penser que le bénéfice global valait bien ce petit risque. Déjà, on cibra mieux les prescriptions, en excluant de la prescription hormonale les femmes à risque connu de cancer du sein ou de thrombose. Mais le véritable coup de tonnerre survint en 2002, quand il fallut interrompre prématurément une étude très sérieuse portant sur 16.600 femmes, la *Women's Health Initiative*, parce que le nombre d'incidents cardiaques (infarctus, thromboses et embolies pulmonaires) chez les participantes sous traitement était significativement plus grand que chez celles sous placebo. En outre, leur risque de cancer du sein était de 26 % plus élevé, tandis qu'on notait une légère diminution des cancers de l'intestin. Et un peu moins de fractures de hanche. De petits bénéfices en regard de risques considérables. De ce côté-ci de l'Atlantique, il fut alors objecté que les hormones utilisées par les femmes américaines étaient différentes et plus fortement dosées que celles utilisées chez nous. Et que les Américaines n'étaient pas les Européennes... Arguments qui n'étaient qu'à moitié pertinents : les études menées par la suite sur des femmes européennes et avec des produits moins fortement dosés n'ont pas été plus convaincantes. Depuis lors, le nombre de femmes sous traitement hormonal de substitution a drastiquement diminué et l'opinion publique a exigé des médecins qu'ils justifient leurs prescriptions trop enthousiastes. Aujourd'hui, dans notre pays, environ 85 % des femmes atteignant la ménopause se passent de traitement hormonal.

Les bouffées de chaleur

On ne comprend pas encore très bien pourquoi, aux alentours de la ménopause, certaines femmes sont régulièrement prises de sensations soudaines de chaleur, avec parfois une transpiration abondante, surtout la nuit. Il faut cependant savoir que c'est loin d'être un passage obligé ! Seule **1 femme sur 3** est réellement incommodée par des bouffées de chaleur importantes. Un autre tiers en a de temps en temps sans que cela n'influence sa qualité de vie (quelques unes se réjouissent même de ne plus être aussi frileuses qu'avant...), et le dernier tiers n'en a jamais. Les bouffées de chaleur sont la **principale cause de consultation** des femmes à la ménopause. Paradoxe : elles sont sans doute aussi ses manifestations les plus inoffensives ! La question à se poser est donc de savoir si elles nuisent suffisamment à la qualité de vie pour nécessiter un traitement. Elles ne présentent en tout cas **aucun danger en soi**.

Avant de passer aux grands moyens, on peut déjà envisager quelques **mesures toutes simples** : éviter le café, les excès de sucre, les épices, l'alcool... Il semble aussi que les femmes en surpoids en soient davantage affligées, et que perdre quelques kilos permet déjà d'améliorer la situation. Il existe aussi quelques **traitements non-hormonaux** qui agissent sur ces bouffées, notamment certains antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), quoiqu'ils soient moins efficaces que les hormones. On trouve également en pharmacie de très nombreuses préparations **phytothérapeutiques et homéopathiques** pour cette indication : si elles sont efficaces tant mieux, mais aucune n'a véritablement prouvé sa supériorité sur le placebo (qui apporte tout de même 30 % d'efficacité, non négligeable donc !).

Redéfinir le marché

Le marché des hormones s'effondrant comme un château de cartes, les producteurs ont dû trouver une parade. C'est à ce stade de l'histoire que nous nous trouvons aujourd'hui. La nouvelle cible du marché a été redéfinie : on se limitera dorénavant aux femmes en début de ménopause, qui « *arrivent en super forme à l'aube de la cinquantaine, sont dynamiques et ont envie de profiter pleinement de la vie* » comme les décrit un communiqué de presse lors du lancement

>>

Jouer sur les mots

Le mois dernier, un nouveau traitement hormonal de la ménopause (Naemis®) a été lancé à grands frais médiatiques. Il contient l'œstrogène naturel œstradiol (le même que dans la majorité des autres traitements hormonaux de la ménopause utilisés en Belgique) combiné à un nouveau progestatif, l'acétate de noméggestrol. Ce nouveau venu est présenté comme neutre sur le plan du risque de cancer du sein, et diminuant le risque d'infarctus du myocarde. Avantages non négligeables par rapport à ses prédécesseurs ? Lisons un peu entre les lignes...

Dans les articles de lancement du nouveau produit, on peut lire ceci : « *L'œstradiol est semblable à l'hormone féminine naturelle et ne peut en soi contenir (sic) de risques. L'acétate de noméggestrol est un progestatif 'neutre' qui n'influence pas les effets naturels bénéfiques de l'œstrogène. Cela le rend particulièrement sûr.* » Et un peu plus loin : « *Ce traitement offre une grande neutralité mammaire, par rapport à d'autres associations ne contenant pas le noméggestrol d'acétate.* »

Le Pr Jaak Janssens, oncologue et président de l'European Cancer Prevention Organisation réagit : « *Il est impossible de prendre pendant de longues années un traitement à base d'hormones sans augmenter son risque de cancer du sein. Que le traitement soit à base d'œstrogènes naturels ou non ne change rien.* »

En outre, si on prend la peine de fouiller la littérature scientifique fournie avec le communiqué de presse, on se rend compte que cette neutralité mammaire est seulement « probable » sur base d'observations théoriques ! Le Pr Janssens regrette que l'on puisse lancer un produit sur le marché avec un tel slogan : « *Pour toute nouvelle molécule, il faut au moins un recul de 20 ans avant de pouvoir se prononcer sur un risque de cancer comme celui du sein. Idem pour le risque d'infarctus et le pourcentage de survie.* »

MF / KR

» tout récent d'une nouvelle combinaison hormonale (voir ci-contre). On retrouve le discours des années 60, sous-entendant que sans traitement hormonal de substitution, il ne sera plus possible de profiter de la vie après la cinquantaine. D'après les prévisions des études de marché de la firme en question, cette « *Génération Hormone Rich and Happy* » (où diable ont-ils trouvé une dénomination aussi ridicule ?) est en pleine expansion.

Mais à part ces arguments de pur marketing, quelle est la base scientifique de cette nouvelle approche ? Ici encore, elle est cohérente. En effet, l'âge moyen des participantes au WHI (et à d'autres études de cette envergure) était de plus de 60 ans, un âge auquel les désagréments comme les bouffées de chaleur ont souvent disparu, et où le risque cardiovasculaire et cancéreux s'accroît significativement. Il n'était donc pas déraisonnable de se demander si les femmes plus jeunes ne pourraient pas bénéficier des traitements hormonaux de manière temporaire, le temps de passer le cap délicat de leurs bouleversements physiologiques. D'autant plus qu'on considère que l'augmentation du risque de cancer du sein ne devient véritablement significative qu'après 5 ans de traitement (toujours chez les femmes sans risque particulier, s'entend). Et que les risques cardiovasculaires, également réexaminés plus finement, semblent malgré tout limités par les hormones pour autant que le traitement soit entamé dans les 5 ans qui suivent l'arrêt de la sécrétion ovarienne.

Quant à la prévention de l'ostéoporose, jamais remise en question, elle reste bel et bien valable avec les hormones, mais d'autres mesures non hormonales sont tout aussi efficaces. Il n'y a donc aucune nécessité absolue de ce côté. Enfin, il a également été annoncé que le THS avait une action préventive contre les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et autres) mais cela n'a jamais pu être prouvé.

Sur cette base théorique plus modérée, la plupart des médecins admettent donc aujourd'hui que les femmes qui souffrent de bouffées de chaleur véritablement invalidantes peuvent être soulagées par l'administration d'hormones, mais que celle-ci doit être limitée au temps nécessaire pour passer ce cap désagréable, et ce à la dose la plus basse possible. Les hormones peuvent aussi être administrées par voie intravaginale pour les femmes qui ont des problèmes de fragilité des muqueuses et/ou d'instabilité de la vessie d'origine hormonale. La voie d'administration (en comprimés, en patches, en gel...) dépend essentiellement des préférences de la femme.

Les arguments cardiovasculaires et osseux seuls ne sont donc plus considérés comme suffisants pour motiver une prescription. Reste toute la gamme des indications psychologiques, sexologiques et cosmétiques... Sur ce plan terriblement individuel, il n'y a pas de statistiques qui tiennent. A chacune d'en discuter ouvertement avec son médecin, à la lumière de ce que l'on sait aujourd'hui des risques et des bénéfices. ■

Et le sexe ?

Si, souvent, la sexualité traverse effectivement quelques zones de turbulences liées aux modifications hormonales de la ménopause, ce n'est pas obligatoirement dans un sens négatif. Les **variations du désir** de la femme ne suivent pas tant la courbe de ses hormones que celle de la qualité de ses relations avec son partenaire. Partenaire qui vit lui aussi des changements perturbants, même s'il en parle moins volontiers...

Sur le plan scientifique, les hormones féminines n'ont jamais apporté la preuve qu'elles étaient capables de stimuler significativement la libido. Seules les **hormones masculines** ont ce pouvoir – hé oui, chez la femme aussi – mais cela reste aussi sujet à controverse... et comporte de nombreux effets secondaires peu sexy (pilosité, voix rauque...). Bref, il ne faut pas en attendre trop des traitements hormonaux sur le plan du désir sexuel. Il n'empêche : la ménopause peut être l'occasion de créer dans son couple une **nouvelle intimité**, plus intériorisée, plus confiante (voir Equilibre n°41).

EMPLOI DES LAXATIFS

Transit ralenti...

Les médicaments contre la constipation ne sont pas d'emploi anodin. Même ceux vendus sans ordonnance.

MARLEEN FINOULST / KR

En matière de transit digestif, chacun a ses caractéristiques individuelles, et peu d'entre elles sont « anormales », encore moins pathologiques. Certains vont aux toilettes trois fois par jour, d'autres deux fois par semaine, et la majorité se situe entre ces deux exemples. Cette fréquence peut également varier, pour une même personne, en fonction du stress, des habitudes alimentaires, de la prise de certains médicaments... Boire peu, consommer peu de fibres, bouger peu sont autant de facteurs qui ralentissent le transit intestinal. La constipation peut aussi s'accompagner d'une sensation de ballonnement, de douleurs abdominales, de selles dures et de perte d'appétit. Se précipiter sur des laxatifs en cas de constipation n'est pas une solution optimale, et ceci pour plusieurs raisons. En effet, ces médicaments – même ceux en vente libre – peuvent avoir à la longue des effets néfastes sur le fonctionnement intestinal et causer finalement plus de mal que le problème qu'ils sont censés lever.

Plus de volume

Le mécanisme d'action des laxatifs repose en gros sur deux piliers : la stimulation de la motilité intestinale et/ou l'augmentation du volume des selles. C'est à ce second mécanisme que font appel les laxatifs dits « de lest », constitués de fibres ou de mucilages extraits de graines, de gommes ou d'algues. Leur mode d'action est comparable à celui des fibres végétales : ils se gonflent d'eau, ce qui augmente le volume des selles et leur teneur en eau. Il faut donc être attentif à boire suffisamment (Normacol®, Spagulax®...). Ces laxatifs de lest, généralement vendus sous forme de granulés, sont le premier choix en cas de constipation chronique, mais leur effet peut prendre quelques jours à se manifester. Une deuxième catégorie de laxatifs sont les laxatifs osmotiques, genre lactulose ou sorbitol (Duphalac®, Importal®...). Ils contiennent des sucres non-solubles et non-digestibles, qui attirent l'eau (celle du

bol alimentaire mais aussi celle des tissus) et augmentent de ce fait le volume des selles. Avec eux aussi, il est important de boire en suffisance, sinon il y a risque de déshydratation et de perturbation de l'équilibre électrolytique (sodium, potassium, magnésium). Ils ne peuvent être pris plus de quelques jours d'affilée.

Intestin irrité

Dans la catégorie des laxatifs plus irritants, dits « de contact », on trouve un grand choix de produits (Dulcolax®, Prunasine®, Senokot®...) qui augmentent la motilité intestinale par effet d'irritation de la muqueuse. Ils augmentent aussi la sécrétion d'eau et d'électrolytes par le côlon et peuvent être à l'origine de troubles graves (cardiaques, rénaux...) si on les emploie pendant longtemps sans surveillance. Leur action est plus rapide, mais il est fortement déconseillé d'en prendre plus de quelques jours d'affilée, car ils irritent les fibres nerveuses et les muscles lisses de la paroi intestinale... ce qui contribue à rendre la constipation plus opiniâtre encore !

Enfin, on trouve sur le marché des produits combinés (Agiolax®, Softène®...) qui sont tout à fait à déconseiller à cause de leurs effets secondaires trop nombreux. Prudence aussi avec la paraffine liquide, lubrifiant intestinal encore disponible sur le marché malgré de nombreux désagréments. A ne pas utiliser sans surveillance médicale ! Quant aux lavements, on ne les emploie plus guère qu'en préparation d'interventions

chirurgicales sur l'intestin, mais il vaut mieux les réserver à cet effet et ne pas en faire de sa propre initiative.

Maigrir à tout prix ?

Les magasins d'alimentation naturelle proposent une vaste gamme de produits « naturels », tisanes ou granulés aux extraits de plantes, censés aider à lutter contre la constipation. Il faut savoir que, contrairement aux médicaments, ces produits n'ont jamais dû apporter la preuve de leur efficacité pour être mis en vente. De plus, certains contiennent des substances laxatives potentiellement nocives. Par exemple, une tisane à base de séné, cela sonne bien innocent, mais le séné est l'un des produits les plus irritants utilisés dans les laxatifs du même nom ; en consommer beaucoup peut mener à des lésions de la paroi intestinale. Quant à l'idée fixe de certain(e)s selon laquelle les laxatifs feraient maigrir, elle est totalement erronée ! En effet, en allant plus souvent aux toilettes, on perd le poids des selles et celui de toute l'eau qu'elles contiennent... mais c'est regagné dès le prochain verre d'eau !

Style de vie

Les laxatifs sont certainement des médicaments utiles mais ils doivent être utilisés avec une grande prudence, surtout en automédication. Une fois écartées les causes de constipation à prendre au sérieux, comme l'hypothyroïdie, les problèmes rénaux ou le cancer du côlon, il vaut mieux tenter d'y remédier par des méthodes douces : consommer davantage de légumes et de fruits, et du pain gris plutôt que blanc, ou encore faire suffisamment d'exercice physique. Les laxatifs ne devraient être pris que pour aider à passer un moment difficile, mais jamais au long cours. 