

Belgian Menopause Society: Conseils pratiques pour la prise en charge de la ménopause



GEDEON RICHTER
Health is our mission



BELGIAN MENOPAUSE SOCIETY

asbl
vzw

Ces directives pratiques ont été élaborées sur base de la réunion de consensus RIZIV-INAMI sur la ménopause avec les membres de la Société belge de la ménopause (BMS) le 30 mai 2024.

Introduction¹⁻¹⁴

L'utilisation du traitement hormonal de la ménopause (THM) a fortement diminué dans le monde depuis 2002, suite aux publications des études **Women's Health Initiative (WHI)**, qui ont créé de l'inquiétude tant chez les médecins que chez les femmes. Il y a lieu de préciser que ces études ont été menées chez des femmes qui étaient ménopausées depuis en moyenne 15 ans, et qui de surcroît ne souffraient à priori pas de symptômes ménopausiques. De plus, les médicaments utilisés ne sont pas prescrits en Belgique.

Des études plus récentes et des données récoltées chez des femmes de moins de 60 ans sous hormonothérapie sont rassurantes. Ces nouvelles données rapportent que l'hormonothérapie présente des avantages importants chez les femmes symptomatiques et chez les femmes ménopausées à un jeune âge (moins de 45 ans). De plus, le suivi à long terme dans l'étude WHI chez les femmes ménopausées depuis moins de 10 ans montre une diminution de la mortalité de plus de 30%.

En novembre 2025, la Food and Drug Administration (FDA) a retiré l'avertissement « **Black Box Warning** » de l'étiquetage du THM, précédemment associés aux risques cardiovasculaires (CV), au cancer du sein et à la démence. Cette mise à jour s'appuie sur l'accumulation de données scientifiques indiquant que, chez les femmes de moins de 60 ans ou dans les dix années suivant le début de la ménopause, le rapport bénéfice–risque du THM est globalement favorable, en particulier pour la prise en charge des symptômes vasomoteurs et la prévention de la perte osseuse.

En Belgique, selon les dernières données de l'INAMI, environ 200 000 femmes bénéficient d'un THM. À titre de comparaison: la Belgique compte plus de 1.500.000 femmes âgées entre 40 et 65 ans, susceptibles de souffrir de symptômes de la ménopause.

Comment est posé le diagnostic de la (péri)ménopause? ^{2-10, 15-17}

Sur le plan clinique

Le diagnostic est avant tout posé cliniquement **chez une femme (n'utilisant pas de contraception hormonale) âgée de plus de 45 ans et présentant:**

- 1 an d'aménorrhée: «ménopause» sans autre cause.
- La présence de règles irrégulières et d'éventuels symptômes vasomoteurs: «transition ménopausique».
- Après une hystérectomie, ablation ou résection de l'endomètre ou avec un dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) et qui présente des symptômes vasomoteurs: «transition ménopausique ou ménopause».

Remarque:

Selon le système de classification 'Stages of Reproductive Aging Workshop' (STRAW), la définition de la « transition » ménopausique est un peu plus précise:

- **Transition précoce:** cycle menstruel irrégulier avec une longueur variable — il existe une différence persistante de plus de 7 jours entre des cycles consécutifs.
- **Transition tardive:** intervalle du cycle menstruel supérieur à 60 jours ou présence d'oligoménorrhée.

Examen endocrinien: l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'estradiol (E2)

Le diagnostic de la 'transition ménopausique ou ménopause' peut être posé après dosage de la FSH et de l'E2.

Notes:

- Il n'est pas approprié de doser systématiquement la FSH et l'E2 chez les femmes > 45 ans en cas d'aménorrhée depuis un an.
- Cela est également inutile chez les femmes qui prennent une pilule contraceptive combinée ou une préparation progestative à haute dose.
- La FSH peut être dosée et est indicative sous contraception microprogesterative.
- Le dosage de la FSH peut être utile en cas d'hystérectomie, de DIU-LNG ou après une résection endométriale.
- À partir de 55 ans, 90% des femmes sont ménopausées.

Quand réaliser des analyses sanguines avec le dosage de FSH et E2?

- Chez les femmes < 45 ans présentant des symptômes vasomoteurs et des modifications du cycle menstruel ou ayant un DIU-LNG ou un antécédent d'hystérectomie voire de résection d'endomètre.
- Chez les femmes < 40 ans: minimum 2 dosages avec un intervalle de 4-6 semaines.

Manifestations cliniques de la ménopause

2-10, 18-21

Symptômes vasomoteurs (SVM): bouffées de chaleurs et sueurs nocturnes

- 60 à 80% des femmes en (péri)ménopause présentent ces symptômes.
- Durée moyenne: 7.4 ans mais, pour environ 20% des femmes, les SVMs peuvent perdurer beaucoup plus longtemps (plus de 10-15 ans).

Troubles de l'humeur, dépression ou plaintes psychologiques

Insomnie / troubles du sommeil

Symptômes fréquemment rapportés pendant la transition ménopausique.

Lesquels?

- Difficulté à s'endormir, réveils fréquents pendant la nuit et/ou tôt le matin.
- Souvent accompagnés par des sueurs et bouffées de chaleur nocturnes, mais pouvant aussi survenir indépendamment des SVMs.
- L'impression de ne pas avoir un sommeil réparateur de qualité.

Problèmes de concentration ou de mémoire et 'brainfog' (brouillard cérébral)

Céphalées et migraines

Prise de poids, répartition des graisses

Douleurs musculaires et articulaires

Symptômes génito-urinaires

Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)

- Atrophie vulvovaginale (AVV) avec sécheresse vaginale, sensation de brûlures et irritations vaginales, dyspareunie, baisse de libido, susceptibilité accrue aux infections vaginales.
- Symptômes urinaires tels que l'incontinence urinaire, la pollakiurie, la nycturie, la miction impérieuse ou les infections urinaires récurrentes.

Dysfonction sexuelle

Ménopause: conseils généraux^{2-10, 22-25}

La transition ménopausique et la postménopause constituent des moments idéaux pour recentrer l'hygiène de vie des femmes afin de diminuer les risques de maladies chroniques, telles que troubles CV, ostéoporose et cancers.

Les conseils sur le mode de vie sont essentiels²⁻¹⁰

- Arrêter de fumer (facteur de risque de cancer, de maladies CV et d'ostéoporose).
- Limiter la consommation d'alcool (facteur de risque de cancer, de maladies CV et d'ostéoporose.).
- Pratiquer une activité physique régulière (la sédentarité est un facteur de risque de cancer, de maladies CV et d'ostéoporose).
- Maintien d'un poids sain (IMC 18-25).
- Suivre une alimentation équilibrée et saine avec un apport adéquat en calcium et en vitamine D.

La place des dépistages²²⁻²⁵

La mammographie:

Le dépistage du cancer du sein est important. Il a souvent lieu avant la mise en place d'un THM, soit par un dépistage organisé tous les deux ans entre 50 et 70 ans (mammotest), ou de manière opportuniste par mammographie et échographie, selon les besoins et facteurs de risque.

En cas de situation complexe, le risque peut, si nécessaire, être évalué à l'aide de calculateurs de risque tels que BOADICEA ou l'IBIS.

L'ostéodensitométrie selon l'âge et les facteurs de risque:

Évaluer le risque d'ostéoporose en utilisant conjointement le score FRAX et/ou la mesure de la densité minérale osseuse. Il est conseillé de mesurer la densité après la ménopause si au moins un autre facteur de risque d'ostéoporose est présent (tels qu'une corpulence maigre, l'utilisation de cortisone, des antécédents familiaux d'ostéoporose, un mode de vie sédentaire, un apport limité en produits laitiers, une faible exposition au soleil, ...), et dans tous les cas après 65 ans.

Traitements pharmacologiques

THM (traitement hormonal de la ménopause)^{2-10, 26-29}

Général^{2-10, 27-28}

Le THM est la solution la plus efficace et la plus utilisée pour soulager les symptômes de la ménopause.

Le THM inclut tous les régimes administrés systématiquement contenant des stéroïdes pour traiter les symptômes de la ménopause: le traitement oestrogénique (TE), le traitement combiné d'oestrogène-progestagène (TEP), la tibolone et le complexe oestrogénique sélectif tissulaire (TSEC) (= combinaison d'oestrogènes conjugués d'équin (ECE) et de modulateurs sélectifs des récepteurs des oestrogènes (SERM)).

L'administration peut avoir lieu par voie orale ou transdermique (y compris percutanée: gel, patch ou spray).

- Certains progestagènes peuvent également être administrés par voie intravaginale ou intra-utérine.
- L'oestrogène transdermique présente un risque plus faible de thromboembolie veineuse (TEV) et d'accident vasculaire cérébral (AVC), et il ne semble pas augmenter le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) contrairement au THM oral, selon des études observationnelles.

Options recommandées^{2-10, 27-28}

Chez les femmes ayant subi une **hystérectomie**: uniquement un TE.

Chez les femmes ayant un **utérus**:

- une association d'un oestrogène avec un progestatif, ou l'utilisation de la tibolone ou d'un TSEC.
- Pour réduire le risque de TEV ou d'AVC, on privilégie souvent un oestrogène transdermique ou un traitement oral faiblement dosé en E2, en association avec de la progestérone micronisée ou de la dydrogesterone, de façon séquentielle ou continue.

Indications du THM^{2-10, 26-29}

Femmes présentant des troubles vasomoteurs impactant la qualité de vie.

Déficit prématûré en oestrogènes: insuffisance ovarienne prématûre (IOP) (avant 40 ans) ou ménopause précoce (avant l'âge de 45 ans).

Les SGUM de la ménopause qui ont un impact sur la qualité de vie peuvent être traités par des oestrogènes locaux. Si ces symptômes s'accompagnent d'autres symptômes du climactère ou ostéoporose/ostéoporose, un traitement hormonal systémique peut être envisagé.

Ostéoporose ou ostéopénie à un jeune âge, accompagnée de symptômes vasomoteurs.

Remarque:

Le THM améliore également d'autres symptômes de la ménopause (non vasomoteurs), tels que les troubles mentaux et cognitifs, etc., mais ceux-ci ne sont actuellement pas une raison pour commencer un traitement et/ou ne constituent pas une indication officielle pour le THM (à l'exception de l'ostéoporose et de la perte osseuse, voir plus loin). Cependant, le THM peut être utile chez les femmes présentant des troubles de l'humeur en lien avec les symptômes de la ménopause (symptômes climactériques).

De plus, la ménopause, et en particulier la phase précoce de la ménopause, peut augmenter la vulnérabilité à la dépression chez certaines femmes. Cela concerne surtout les femmes ayant déjà traversé des épisodes dépressifs, ou ayant des antécédents de syndrome prémenstruel (SPM) ou de dépression post-partum. Chez ces femmes, le risque de dépression pendant la ménopause est multiplié par 2 à 5. Pour ce groupe, le THM peut donc être clairement bénéfique.

Instaurer et suivre du THM²⁻⁹

- Il est préférable de commencer dans les 10 ans après le début de la ménopause et/ou avant l'âge de 60 ans.
- Elaboration d'un plan de traitement individuel, en concertation avec la patiente, en tenant compte du rapport risques/bénéfices.
- Évaluation du traitement instauré après 3 à 6 mois, puis annuel, ou selon les besoins.

Durée et dosage du traitement^{2-9, 15}

- Une approche individualisée est requise en fonction des risques et des bénéfices propres à chaque femme.
- Utiliser la dose œstroprogesterative minimale nécessaire pour assurer l'efficacité (sauf chez les femmes présentant une IOP).
- Suivi et contrôle réguliers avec un objectif de prise de décision partagée.
- Il n'existe pas de limite arbitraire à la durée du THM; cela doit être évalué individuellement et en concertation avec la patiente.

Définition des dosages quotidiens^{2,8, 29}

Ménopause physiologique

Une dose élevée d'œstrogène:

Équivalent à 2 mg d'E2 ou 0,625 mg d'ECE (estrogènes conjugués équins).

Une dose standard:

Équivalent à 1 mg d'E2 ou une dose équivalente.

Une faible dose:

Équivalent à 0,5 mg ou moins d'E2 ou 0,4 mg d'ECE.

En transdermique:

Patch: 25 mcg

Gel: 1 mg (1 pression de gel = 0,75 mg)

Spray: 3 mg (2 pulvérisations (1 pulvérisation = 1,53 mg))

IOP

Une dose standard

Équivalent à 2-4 mg d'E2 ou une dose équivalente

En transdermique:

Patch: 50-100 mcg

Gel: 2-4 pressions de gel (ou 2-3 mg (3 mg = 4 pressions de gel))

Spray: 3-4,5 mg (2-3 pulvérisations)

Effets secondaires possibles associés au THM²⁻¹⁰

Comme tout traitement, les THM peuvent être associés à des effets secondaires:

- Des saignements irréguliers ou spotting peuvent survenir surtout avec les schémas non combinés ou non continus. En début de traitement, ils sont considérés comme acceptables et ne doivent en général pas donner lieu à des investigations supplémentaires. S'ils surviennent cependant après plusieurs années de traitement, il y a lieu de vérifier l'absence de pathologies sous-jacentes (comme des polypes ou une hyperplasie endométriale).
- Maux de tête: tension artérielle à vérifier, surdosage à considérer, voie transcutanée à privilégier.
- Troubles gastro-intestinaux (nausées, inconfort abdominal): si surdosage.
- Sensibilité ou douleur mammaire. Elles reflètent généralement un surdosage en estrogènes.
- Changements de poids (gain ou perte).

Contre-indications au THM^{2-10, 26}

- Une présence, des antécédents ou une suspicion de cancer du sein.
- Une présence ou suspicion de tumeurs malignes œstrogéno-dépendantes (par exemple: cancer de l'endomètre).
- Une thromboembolie active ou récente (artérielle ou veineuse), antécédents de thrombose (AVC, infarctus du myocarde) ou présence d'une maladie thrombophilique (avis spécialisé recommandé), à moins d'une anticoagulation actuelle efficace.
- Remarque: Un traitement transdermique peut être envisagé au cas par cas chez les femmes ayant un antécédent de thrombose veineuse, à la suite d'une étiologie ou un facteur de risque qui a disparu.
- Les maladies hépatiques (cirrhose, hépatite, porphyrie, lupus érythémateux systémique).
- Les saignements vaginaux anormaux ou hyperplasie de l'endomètre non traitée.
- Méningiome (contre-indication aux progestatifs) et macroprolactinome non traité (un avis spécialisé est recommandé dans ces cas).

Traitements hormonaux locaux^{2-10, 20, 30}

Introduction^{2-10, 20}

- Jusqu'à 70 à 90% des femmes souffrent d'AVV ou de SGUM.
- Il est recommandé de systématiquement interroger les patientes à ce sujet et de traiter les symptômes.

Indication^{2-10, 30}

Symptômes isolés d'AVV.

Notes:

L'incontinence urinaire d'effort (perte involontaire d'urine à l'effort) n'est pas une indication pour un THM, mais des études rapportent une amélioration de l'incontinence urinaire d'effort grâce à l'utilisation d'œstrogènes locaux.

Le traitement local permet également de réduire les infections urinaires récidivantes ainsi que la nycturie.

Options^{2-10, 30}

Le traitement local (topique) à base d'E2, estriol (E3), et de déhydroépiandrostérone (DHEA), ou de prastérone, peut être utilisé en l'absence d'autres symptômes:

- Il peut être administré pendant de longues périodes et ne nécessite pas l'administration concomitante de progestatif.
- Il réduit également l'incidence des infections urinaires récidivantes et de la nycturie.
- Il n'existe aucune limite d'âge ou de durée pour ce traitement.

Traitements non hormonaux^{4-6, 8-10, 31-34}

- Les bouffées de chaleur peuvent être soulagées chez certaines patientes par les antagonistes du neurokinine 3 (NK), tels que le fézolinétant. Le fézolinétant est indiqué pour le traitement des symptômes vasomoteurs modérés à sévères associés à la péri- et postménopause. Les antagonistes NK peuvent être prescrits, notamment chez les femmes ayant une contre-indication au THM ou présentant des effets indésirables liés au THM.
- Chez les patientes utilisant le fézolinétant, des atteintes hépatiques graves ont été observées. Ce médicament (effet de classe) ne doit être prescrit que chez des patientes présentant une fonction hépatique normale. Il est essentiel de vérifier la fonction hépatique avant de débuter le traitement ainsi que durant les trois premiers mois, puis selon l'évaluation clinique.
- Une autre molécule de la même classe, l'élinzanétant (Lynkuet; antagoniste NK-1 et NK- 3) sera prochainement disponible pour traiter les SVMs modérés et sévères liés à la ménopause ou aux traitements endocriniens adjutants du cancer du sein.
- Les traitements alternatifs incluant la clonidine, l'oxybutynine, la venlafaxine ou la gabapentine, ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été utilisés. Toutefois, ces traitements sont actuellement moins recommandés, car ils ne disposent pas d'une indication officielle pour le traitement des SVMs. Leur efficacité n'est pas comparable à celle des estrogènes.

Le THM dans des situations ou plaintes spécifiques

Prévention de l'ostéoporose³⁵

Le THM est efficace pour prévenir la perte osseuse chez les femmes en IOP ou ayant une déficience oestrogénique précoce, ainsi que chez les femmes présentant une ménopause physiologique:

- Le THM combiné (TEP) ou à base d'oestrogènes seuls (TE) prévient les fractures de la hanche et les fractures vertébrales.
- Le tibolone, le raloxifène et le bazéodoxifène préviennent les fractures vertébrales.

La récente mise à jour de la Belgian Menopause Society (BMS) recommande le THM comme traitement pour les symptômes psychologiques/ cognitifs pendant la ménopause (tels que le 'brainfog' et/ou les troubles de concentration au travail)⁸⁻⁹

Troubles de l'humeur, concentration et 'brainfog'^{8, 9, 36}

- La transition vers la ménopause ainsi qu'une IOP peuvent augmenter la vulnérabilité psychologique des femmes.
- Les femmes ayant des antécédents d'épisodes dépressifs post-partum ou de SPM sont plus sensibles à la dépression pendant la ménopause. Chez ces femmes, il est préférable d'initier un THM avant d'envisager des antidépresseurs.
- Bien que les troubles de l'humeur et la dépression pendant la ménopause ne constituent pas une indication officielle au THM, ces symptômes peuvent être améliorés grâce au traitement hormonal, tout comme certaines plaintes mentales et cognitives telles que le "brainfog" ou les difficultés de concentration au travail.

Cognition et démence^{2-10, 21, 37-43}

- Les principaux facteurs de risque de démence incluent une éducation insuffisante, l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool, un mode de vie sédentaire et l'insomnie, des troubles visuels et auditifs, l'isolement sociale, la dépression, une hypercholestérolémie, le diabète, la présence de l'allèle 'apolipoprotéine E4' et la pollution.
- Une revue complète d'études randomisées et observationnelles indique un effet potentiellement bénéfique du THM sur le risque de certains troubles cognitifs et de démence, lorsque le traitement est initié précocement après le début de la ménopause.
- Le THM débuté à un âge avancé pourrait augmenter le risque de démence vasculaire.

Prévention cardiovasculaire^{2-10, 44}

- Les femmes en ménopause précoce (< 45 ans) ou souffrant d'insuffisance ovarienne prématurée (< 40 ans) présentent un risque accru de maladies coronariennes, d'infarctus du myocarde et de mortalité. Toutes les recommandations s'accordent sur le fait qu'il y a lieu de les traiter par THM, au minimum jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle.
- Pour les femmes qui ont une ménopause à un âge normal: le THM (œstrogènes) réduit significativement le risque de maladie coronarienne et de mortalité CV chez les femmes de moins de 60 ans. Toutefois, la prévention des maladies coronariennes à elle seule n'est actuellement pas considérée comme une indication pour un THM. La lutte contre le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète, l'hypertension artérielle est essentielle dans la prévention des maladies cardiovasculaires. La prise en charge des autres facteurs de risque prime ici.
- Les femmes souffrant de SVMs sévères et prolongés présentent un risque CV accru.
- Certains progestatifs synthétiques (comme l'acéate de médroxyprogesterone – MPA) peuvent atténuer les effets CV bénéfiques du traitement œstrogénique.
- Chez les femmes ayant un risque > 10% d'accidents CV majeurs à 10 ans, le THM est contre-indiqué, et n'apporte aucun bénéfice en prévention secondaire des maladies CV.
- Le THM standard (en dose conventionnelle) est associé à une augmentation rare mais significative du risque de TEV (0,8 cas / 1000 années-femmes). Les principaux facteurs de risque sont l'âge, le surpoids, la sédentarité et la thrombophilie.
- Le risque de TEV est réduit par l'utilisation d'œstrogènes transdermiques, par les œstrogènes oraux à faible dose, ainsi que par l'utilisation de progesterone (micronisée) ou de dydrogéstérone à la place de progestatifs synthétiques.

Risque de cancer du sein^{2-10, 45-47}

- Les facteurs de risque comprennent entre autres un antécédent familial ou personnel de cancer du sein ou une lésion précancéreuse du sein, l'âge avancé, ainsi qu'une densité mammaire élevée.
- Le mode de vie (tels que l'obésité, la consommation d'alcool, la sédentarité) augmente significativement le risque.
- Certaines études indiquent un risque accru de cancer du sein.
- Dans les études WHI, aucune augmentation de la mortalité liée au cancer du sein n'a été observée avec TEP. Une réduction de la mortalité a même été constatée chez les femmes traitées par TE (après hysterectomie).
- Les progestatifs synthétiques sont associés à un risque plus élevé.
- En cas de densité mammaire élevée, il est préférable d'opter pour un THM ayant un profil de risque mammaire favorable, tel que les TSEC, les SERM, le THM à faible dose (TEP ou TE) ou encore la tibolone.
- Il n'existe aucune preuve d'un risque accru de cancer du sein avec un THM à base d'œstrogènes (naturels) identiques à ceux produits par le corps et de progestérone ou de dydrogesterone chez les femmes de moins de 50 ans.
- Chez les femmes de plus de 50 ans, l'utilisation de cette combinaison de THM pendant un maximum de 5 ans n'est pas associée à un risque significativement accru du cancer du sein, à condition qu'aucun facteur de risque supplémentaire ne soit présent.

Femmes ayant un antécédent de cancer du sein ou de lésion précancéreuse^{2-10, 47}

- Les THM systémiques sont contre-indiqués.
- En cas d'atrophie vaginale sous inhibiteurs de l'aromatase, une thérapie topique non hormonale (ou de l'E3 à faible dose en deuxième recours) ou des ovules de DHEA peuvent être utilisés.
- La décision de débuter un THM chez des patientes à haut risque de cancers hormonodépendants (essentiellement du sein) doit être prise au cas par cas. Les avantages potentiels, tels que l'atténuation des symptômes de la ménopause, la protection contre les maladies CV et la conservation du capital osseux doivent être soigneusement pesés par rapport aux risques.

Autres cancers⁸⁻⁹

- Le THM est associé à une réduction du risque de cancer colorectal.
- Cancer de l'endomètre : le traitement par œstrogènes seuls (TE) augmente le risque chez les femmes avec utérus. En revanche, les données observationnelles sont contradictoires pour les traitements séquentiels combinés (TEP), tandis que le TEP combiné en continu n'est pas associé à un risque accru, voire réduit ce risque chez les femmes obèses.
- Cancer de l'ovaire : certaines études suggèrent un risque légèrement augmenté.
- Il n'existe aucune preuve d'effet du THM sur le cancer du poumon.

Comment passer de la contraception au THM? Quand arrêter la contraception?⁷⁻⁹

En cas d'utilisation d'une POP, implant, DIU-LNG:

- Le diagnostic de ménopause peut être difficile lorsque les patientes sont sous POP, implant ou DIU-LNG.
- Le dosage de la FSH aide le praticien dans sa démarche diagnostique. L'aspect ovarien en échographie peut également apporter un complément d'information.

En cas de méthode non hormonale:

- Si absence de règles de plus de 6 semaines et FSH > 30 UI/L lors de deux dosages distincts espacés de 6 à 8 semaines, le plus souvent, il s'agit de la péri-ménopause.
- La prise en charge se fera au cas par cas, en s'appuyant sur le dosage de la FSH et l'échographie ovarienne.
- L'épaisseur de l'endomètre à l'échographie pourra être un élément discriminant.

En cas de pilule combinée:

- Dosage de la FSH à la fin de la semaine d'arrêt de 7 jours, à deux dosages distincts espacés de 6 à 8 semaines. Si FSH > 30 UI/L: arrêter la pilule.

Notes:

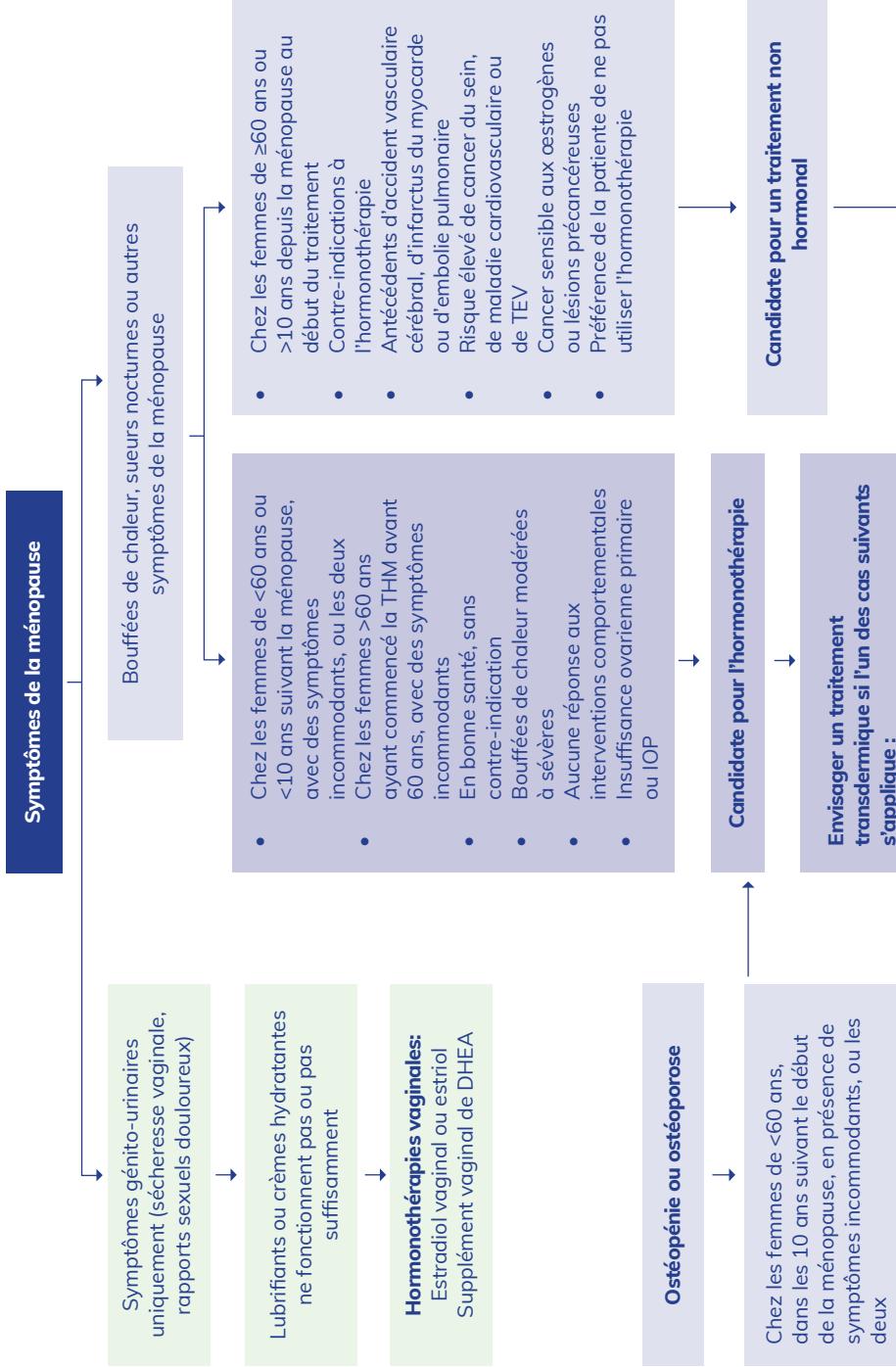
Il est recommandé d'arrêter la pilule combinée au plus tard à l'âge de 52 ans (en l'absence de tout facteur de risque vasculaire).

La prudence consiste à adapter la contraception régulièrement. Des solutions sans risques vasculaires sont disponibles.

Le risque vasculaire thrombotique augmente avec l'âge : envisager un relais contraceptif selon le profil et les facteurs de risque individuels.

Une contraception progestative (par exemple stérilet hormonal) ne protège pas contre les SVMs, ni contre la perte osseuse.

Ménopause Schéma de Traitement



Chez les femmes >60 ans ayant commencé la THM avant 60 ans, avec des symptômes incommodants

Insuffisance ovarienne primitive ou lOP

- Obésité ou syndrome métabolique
- Diabète
- Hypertriglycéridémie
- Risque accru de thrombose
- Migraine (sans aura)
- Maladie de la vésicule biliaire ou du foie

Si l'utérus est présent, considérez :

- Estrogène-progestatif
- Estrogène-progestérone
- Estrogène-bazédoxifène

Si l'utérus est absent (hystérectomie), envisager l'oestrogène seul

- Changements de style de vie
- Thérapies non pharmacologiques
- Thérapies pharmacologiques: antagonistes NK (et ISRS, IRSN, gabapentinoïdes, clonidine)

Un avis spécialisé est nécessaire

Envisager un sevrage du traitement hormonal après discussion avec la patiente

Sevrage réussi

- Bouffées de chaleur persistantes et incommodantes
- Autres traitements de l'ostéoporose non appropriés
- Perte de qualité de vie
- Âge avancé, les risques augmentant avec l'âge

Vérifier le SGUM et la perte osseuse

Envisager une durée prolongée du traitement, utiliser la dose minimale efficace, envisager une voie transdermique, réévaluer périodiquement

Adapté de Pinkerton JV. Hormone Therapy for Postmenopausal Women. N Engl J Med. 2020;382(5):446-455. doi: 10.1056/NEJMcp171487.

Définitions²⁻¹⁰

- Préménopause: période reproductive allant de la ménarche jusqu'à la dernière menstruation.
- Transition ménopausique: période allant des premières modifications claires du cycle spontané (> 7 jours) jusqu'à un an après la dernière menstruation.
- Postménopause: période à partir de la dernière menstruation.
- Ménopause naturelle: absence de menstruation pendant 12 mois consécutifs.
- IOP: insuffisance ovarienne prématuée. Transition ménopausique avant l'âge de 40 ans. Il peut encore y avoir une activité ovarienne irrégulière.
- Ménopause précoce: ménopause avant l'âge de 45 ans.

Abréviations

AVC	Accident Vasculaire Cérébral	
AVV	Atrophie Vulvovaginale	
BMS	Belgian Menopause Society	
BOADICEA	Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm	
CV	Cardiovasculaire	
DHEA	Déhydroépiandrostérone	
ECE	Oestrogène Conjugué Équin	
E2	Œstradiol	
E3	Œstriol	
E4	Estétrol	
DIU-LNG	Dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel	
FDA	Food and Drug Administration	
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool	
FSH	Hormone Folliculo-stimulante	
IBIS	International Breast Cancer Intervention Study	
IMC	Indexe de Masse Corporel	
IOP	Insuffisance Ovariennne Prématûrée	
IRSN	Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline	
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine	
UI	Unité Internationale	
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité	
L	Litre	
MCG	Microgramme	
MG	Milligramme	
MPA	Acétate de Médroxyprogesterone	
NK	Neurokinine	
POP	Progestin-Only Pill	
SERM	Modulateur Sélectif des Récepteurs aux œstrogènes	
SGUM	Symptômes Génito-Urinaires de la Ménopause	
SPM	Syndrome Prémenstruel	
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop	
SVM	Symptômes Vasomoteurs	
TEV	Thromboembolie Veineuse	
TE	Traitemennt Oestrogénique	
TEP	Traitemennt combiné d'Oestrogène-Progestagène	
TSEC	Tissue-Selective Estrogen Complex	
THM	Traitemennt Hormonal de la Ménopause	
TVP	Thrombose Veineuse Profonde	
WHI	Women's Health Initiative	

Références

1. Ameye L, et al. Menopausal hormone therapy use in 17 European countries during the last decade. *Maturitas*. 2014 Nov;79(3):287-91.
2. Rozenberg S, et al. Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. *Nat Rev Endocrinol*. 2013 Apr;9(4):216-27.
3. Baber RJ et al. IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109-50.
4. Manson JE, et al. Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med*. 2016;374(9):803-806.
5. Genazzani AR, et al. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. *Hum Reprod Update*. 2021;27(6):1115-1150.
6. Pinkerton JV. Hormone therapy for postmenopausal women. *N Engl J Med* 2020;382(5):446-455.
7. Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794.
8. Belgian Menopause Society (BMS). Updated Consensus of the BMS 14.10.23. Disponible sur [consensus-BMS-updated-14.10.23](https://www.menopausesociety.be/consensus/) ou <https://www.menopausesociety.be/consensus/>.
9. RISIV-INAMI. Rapport de la conférence de consensus: réunion de consensus avec les membres de BMS – 30 mai 2024, prise en charge de la ménopause. (Consulté le 25 novembre 2025) Disponible sur:
- <https://www.menopausesociety.be/nieuwsbericht/riziv-inami-consensus-conference-on-menopause-30-5-24/>;
- <https://www.inami.fgov.be/fr/publication/reunion-de-consensus-la-prise-en-charge-de-la-menopause-videos>
- https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_brochure_oreateurs_20240530.pdf;
10. Davis SR, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause, *Climacteric* 2023; 26(6): 517-536.
11. Manson JE, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2017;318(10):927-938.
12. Statbel. Structure de la population. Statbel – Office belge de statistique. Consulté le 2 juillet 2025. Disponible sur: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
13. Scohy A, et al. Rapport sur la santé des femmes. Bruxelles (Belgique): Sciensano; 2024.
- 3p. Numéro de rapport: D/2024.14.440/31. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/en/biblio/womenshealth-report-belgium-2024> ou <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/womens-health>.
14. Makary MA, Nguyen CP, Høeg TB, Tidmarsh GF. Updated Labeling for Menopausal Hormone Therapy. *JAMA*. Published online November 10, 2025.
15. Panay N, et al. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency[†]. *Climacteric*. 2024;27(6):510-520.
16. Rees M, et al. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2022;158:70-77.
17. Soules MR, et al. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(9):843-848.
18. Nappi RE, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021;28(8):875-882. Published 2021 May 24.
19. Tepper PG, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. *Menopause*. 2016;23(10):1067-1074.
20. Nappi RE, et al. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016;19(2):188-197.
21. Depypere H, et al. Coping with menopausal symptoms: An internet survey of Belgian postmenopausal women. *Maturitas*. 2016;90:24-30.
22. Gerkens S, et al. Performance of the Belgian health system: Report 2024. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2024. KCE Reports 376C.
23. Li SX, Milne RL, Nguyen-Dumont T, et al. Prospective Evaluation over 15 Years of Six Breast Cancer Risk Models. *Cancers (Basel)*. 2021;13(20):5194. Published 2021 Oct 16.
24. Terry MB, Liao Y, Whittemore AS, et al. 10-year performance of four models of breast cancer risk: a validation study. *Lancet Oncol*. 2019;20(4):504-517.

- 25.** Sanchez-Rodriguez D, et al. The Belgian Bone Club 2020 guidelines for the management of osteoporosis in postmenopausal women. *Maturitas*. 2020;139:69-89.
- 26.** Shifren JL, et al. Menopausal Hormone Therapy. *JAMA*. 2019;321(24):2458-2459.
- 27.** Canonico M, et al. Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 2007;115(7):840-845.
- 28.** Canonico M, et al. Progestogens and venous thromboembolism among postmenopausal women using hormone therapy. *Maturitas*. 2011;70(4):354-360.
- 29.** Panay N, et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020;23(5):426-446.
- 30.** Donders GGG, et al. Pharmacotherapy for the treatment of vaginal atrophy. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(7):821-835.
- 31.** Shapiro CMM, et al. Effect of fezolinetant on patient-reported quality-of-life outcomes: Data from a phase 3b study (DAYLIGHT) of the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms associated with menopause in women considered unsuitable for hormone therapy. *Maturitas*. 2025;193:108159.
- 32.** SmPC Veoza, incl. DHPC Veoza https://www.ema.europa.eu/en/documents/dhpc/direct-healthcare-professional-communication-dhpc-veoza-fezolinetant-risk-drug-induced-liver-injury-new-recommendations-monitoring-liver-function-during-treatment_en.pdf. Consulté le 02/07/25.
- 33.** Depypere H, et al. Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms With Fezolinetant, a Neurokinin 3 Receptor Antagonist: A Phase 2a Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(12):5893-5905.
- 34.** Cardoso F, et al. Elizanetant for Vasomotor Symptoms from Endocrine Therapy for Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2025;393(8):753-763.
- 35.** Rozenberg S, et al. Is there a role for menopausal hormone therapy in the management of postmenopausal osteoporosis? *Osteoporos Int*. 2020;31(12):2271-2286.
- 36.** Maki PM, et al. Menopause and brainfog: how to counsel and treat midlife women. *Menopause*. 2024;31(7):647-649.
- 37.** Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446.
- 38.** Nerattini M, et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of menopause hormone therapy on risk of Alzheimer's disease and dementia. *Front Aging Neurosci*. 2023;15:1260427. Published 2023 Oct 23.
- 39.** Depypere H, et al. Alzheimer's disease, apolipoprotein E and hormone replacement therapy. *Maturitas*. 2016;94:98-105.
- 40.** Anstey KJ, et al. A Systematic Review of Meta-Analyses that Evaluate Risk Factors for Dementia to Evaluate the Quantity, Quality, and Global Representativeness of Evidence. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S165-S186.
- 41.** Rocca WA, et al. Association of Premenopausal Bilateral Oophorectomy With Cognitive Performance and Risk of Mild Cognitive Impairment. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2131448. Published Nov 1.
- 42.** Suemoto CK, et al. The potential for dementia prevention in Brazil: a population attributable fraction calculation for 14 modifiable risk factors. *Lancet Reg Health Am*. 2025;49:101209. Published 2025 Aug 7.
- 43.** Depypere H, et al. Dementia prevention, intervention, and care: Comments on the 2024 report of the Lancet standing Commission. *Maturitas*. 2025;195:108217.
- 44.** Muka T, et al. Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2016;1(7):767-776.
- 45.** Vinogradova Y, et al. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2020;371:m3873. Published 2020 Oct 28.
- 46.** Gompel A, et al. Progesterone, progestins and the breast in menopause treatment. *Climacteric*. 2018;21(4):326-332.
- 47.** McVicker L, et al. Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer. *JAMA Oncol*. 2024;10(1):103-108.



GEDEON RICHTER

Health is our mission

Gedeon Richter Benelux bv/srl

Noordkustlaan 16A, 1702 Groot-Bijgaarden, België
+32 2 704 93 30 | info.benelux@gedeonrichter.eu