

Prise en charge de la ménopause

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur la ménopause et l'ostéoporose, analysée par le comité de pratique clinique - gynécologie et le comité consultatif de médecine familiale, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Robert Reid, MD, Kingston (Ont.)
 Beth L. Abramson, MD, Toronto (Ont.)
 Jennifer Blake, MD, Toronto (Ont.)
 Sophie Desindes, MD, Sherbrooke (Québec)
 Sylvie Dodin, MD, Québec (Québec)
 Shawna Johnston, MD, Kingston (Ont.)
 Timothy Rowe, MB BS, Vancouver (C.-B.)
 Namrita Sodhi, MD, Toronto (Ont.)
 Penny Wilks, ND, Dundas (Ont.)
 Wendy Wolfman, MD, Toronto (Ont.)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA MÉNOPAUSE ET L'OSTÉOPOROSE

Michel Fortier, MD (coprésident), Québec (Québec)
 Robert Reid, MD (coprésident), Kingston (Ont.)
 Beth L. Abramson, MD, Toronto (Ont.)
 Jennifer Blake, MD, Toronto (Ont.)
 Sophie Desindes, MD, Sherbrooke Québec
 Sylvie Dodin, MD, Québec (Québec)
 Lisa Graves, MD, Toronto (Ont.)
 Bing Guthrie, MD, Yellowknife (T. N.-O.)
 Aliya Khan, MD, Hamilton (Ont.)
 Shawna Johnston, MD, Kingston (Ont.)
 Timothy Rowe, MB BS, Vancouver (C.-B.)
 Namrita Sodhi, MD, Toronto (Ont.)
 Penny Wilks, ND, Dundas (Ont.)
 Wendy Wolfman, MD, Toronto (Ont.)

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Remerciement : Claudio N. Soares, MD, PhD, Toronto (Ont.)

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Offrir, aux fournisseurs de soins de santé, une mise à jour de la directive clinique quant à la prise en charge de la ménopause chez les femmes asymptomatiques en santé, ainsi que chez les femmes qui présentent des symptômes vasomoteurs ou urogénitaux; cette mise à jour se penche également sur les facteurs associés à la maladie cardiovasculaire, au cancer du sein, à l'urogynécologie et à la sexualité.

Issues : Les interventions quant au mode de vie, les médicaments d'ordonnance et les traitements de médecine complémentaire et parallèle sont présentés en fonction de leur efficacité dans la prise en charge des symptômes ménopausiques. Des stratégies de counseling et thérapeutiques en ce qui concerne les préoccupations en matière de sexualité au cours de la péri-ménopause et de la postménopause sont passées en revue. Des approches quant à l'identification et à l'évaluation des femmes exposées à un risque élevé d'ostéoporose (ainsi que des options en matière de prévention et de traitement) sont présentées dans la directive clinique sur l'ostéoporose qui accompagne les présentes.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed et *The Cochrane Library*, en août et en septembre 2012, au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *hormone replacement therapy* », « *menopause* », « *cardiovascular diseases* » et « *sexual function* ») et de mots clés (p. ex. « *HRT* », « *perimenopause* », « *heart disease* » et « *sexuality* »). Les résultats ont été restreints aux directives cliniques, aux analyses systématiques, aux

Mots clés : Ménopause, estrogen, vasomotor symptoms, urogenital symptoms, mood, memory, cardiovascular diseases, breast cancer, lifestyle, nutrition, exercise, estrogen therapy, complementary therapies, progestin, androgen, menopausal hormone therapy, hormones, estrogen, testosterone, menopause, depression, antidepressants, sexuality

J Obstet Gynaecol Can 2014;36(9):834-838

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Les résultats ont également été restreints aux documents publiés, en anglais ou en français, à partir de 2009. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'au 5 janvier 2013. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques, auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales, et dans des collections de directives cliniques.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

DÉCLARATIONS SOMMAIRES ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 1 : Évaluation et gestion des risques chez les femmes ménopausées

Recommandations à l'intention des patientes

1. Les femmes dont l'âge se situe entre 51 et 70 ans devraient quotidiennement consommer 7 portions de légumes et de fruits, 6 portions de produits céréaliers, 3 portions de lait et de substituts et 2 portions de viande et de substituts. (III-A)
2. Un régime alimentaire faible en sodium et en sucres simples (dans le cadre duquel les graisses non saturées sont préférées aux graisses saturées et trans, et la consommation de fruits, de légumes et de fibres est accrue) est recommandé. (I-A)

3. L'administration systématique d'une supplémentation en vitamine D et un apport quotidien en calcium sont recommandés pour tous les Canadiens d'âge adulte, et ce, toute l'année. (I-A)
4. L'atteinte et le maintien d'un poids santé tout au long de la vie sont recommandés. (I-A)
5. Les femmes âgées de 18 à 64 ans devraient faire chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes. (I-A)

Recommandations à l'intention des fournisseurs de soins de santé

1. Chez les femmes, un tour de taille ≥ 88 cm (35 pouces) est associé à un risque accru de problèmes de santé tels que le diabète, les maladies cardiaques et l'hypertension; la mesure du tour de taille devrait donc faire partie de l'évaluation initiale visant l'identification des risques. (II-2A)
2. Les fournisseurs de soins devraient mettre régulièrement à jour le statut de toutes leurs patientes quant au tabagisme, (I-A) conseiller clairement à leurs patientes d'abandonner le tabagisme, (I-C) évaluer la volonté de leurs patientes à se soumettre à un traitement qui leur permettra d'atteindre l'abstinence (abandon du tabagisme) (I-C) et offrir leur aide à toutes les utilisatrices de tabac qui expriment la volonté d'entamer un traitement pour renoncer au tabagisme. (I-A)
3. La tension artérielle devrait être mesurée et maîtrisée tout au long de la ménopause. (II-2B) Lorsque la pression systolique est ≥ 140 mmHg et/ou la pression diastolique est ≥ 90 mmHg, une consultation particulièrement vouée à l'évaluation de l'hypertension devrait être mise à l'horaire. (III-A)
4. Un profil lipidique devrait être établi chez les femmes postménopausées ou de 50 ans ou plus et chez celles qui comptent des facteurs de risque additionnels (comme le tabagisme actuel, le diabète et l'hypertension artérielle). (II-2A)

5. Une évaluation du risque cardiovasculaire au moyen du score de risque de Framingham devrait être menée tous les 3 à 5 ans chez les femmes dont l'âge se situe entre 50 et 75 ans. (II-2A)
6. Les antécédents de complications de la grossesse (la prééclampsie, l'hypertension gestationnelle, le diabète gestationnel, le décollement placentaire, l'accouchement préterme idiopathique et/ou le retard de croissance intra-utérin) devraient être sollicités, puisqu'ils peuvent souvent permettre de prédire la présence d'un risque accru de maladies cardiovasculaires prématurées et de décès attribuable à ces maladies; la présence de tels antécédents pourrait également éclairer les décisions quant à la nécessité de procéder à un dépistage. (II-2B)

Chapitre 2 : Maladies cardiovasculaires

Recommandations

1. Les fournisseurs de soins de santé ne devraient pas mettre en œuvre une hormonothérapie aux seules fins de la prévention des maladies cardiovasculaires (coronaropathie et accident vasculaire cérébral) chez les femmes postménopausées plus âgées, puisque nous ne disposons d'aucune donnée permettant de soutenir cette indication en ce qui concerne l'hormonothérapie. (I-A)
2. Le vieillissement, l'obésité, la présence d'une mutation du facteur V de Leiden et la présence d'antécédents de thrombose veineuse profonde sont tous des facteurs qui entraînent une hausse du risque de thromboembolie veineuse. Le traitement administré par voie transdermique est associé à un risque moindre de thrombose veineuse profonde, par comparaison avec le traitement administré par voie orale, et ne devrait être envisagé que lorsque les avantages l'emportent sur les risques. (III-C) Les fournisseurs de soins de santé devraient s'abstenir de prescrire une hormonothérapie par voie orale aux femmes exposées à des risques élevés de thromboembolie veineuse. (I-A)
3. Les fournisseurs de soins de santé devraient mettre en œuvre d'autres interventions et traitements factuels en vue d'abaisser efficacement le risque d'événements cardiovasculaires chez les femmes qui présentent ou non une maladie vasculaire. (I-A)
4. Les facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (obésité, hypertension, taux élevés de cholestérol, diabète et tabagisme) devraient faire l'objet d'une prise en charge chez toutes les femmes postménopausées. (I-A)
5. Au moment de prescrire une hormonothérapie à des femmes postménopausées plus âgées, les fournisseurs de soins de santé devraient traiter de la question des facteurs de risque cardiovasculaires; l'œstrogénothérapie à dose faible ou très faible est à privilégier. (I-B)
6. Les fournisseurs de soins de santé peuvent prescrire une hormonothérapie aux femmes diabétiques pour le soulagement des symptômes ménopausiques. (I-A)

Chapitre 3 : Hormonothérapie ménopausique et cancer du sein

Recommandations

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient, à la lumière de l'association entre la durée d'utilisation et le risque de cancer du sein, passer périodiquement en revue les risques et les avantages de la prescription d'une hormonothérapie à une patiente ménopausée. (I-A)
2. Les fournisseurs de soins de santé peuvent prescrire une hormonothérapie visant à contrer les symptômes ménopausiques à des femmes exposées à un risque accru de cancer du sein,

moyennant la mise en œuvre de services de counseling et de surveillance appropriés. (I-A)

3. Les fournisseurs de soins de santé devraient clairement discuter, avec les patientes cherchant à obtenir un traitement contre leurs symptômes ménopausiques pénibles (symptômes vasomoteurs ou atrophie vulvovaginale) après avoir obtenu un diagnostic de cancer du sein, de l'incertitude entourant les risques associés au recours à l'hormonothérapie générale à la suite d'un tel diagnostic. (I-B)

Chapitre 4 : Symptômes vasomoteurs

Recommandations

1. L'apport de modifications au mode de vie (y compris la diminution de la température profonde du corps, la pratique régulière d'exercices, la maîtrise du poids, l'abandon du tabagisme et le fait d'éviter les déclencheurs connus [comme les boissons chaudes et l'alcool]) peut être recommandé aux fins de l'atténuation des symptômes vasomoteurs légers. (I-C)
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient présenter l'hormonothérapie (œstrogènes utilisés seuls ou conjointement avec un progestatif) comme étant le traitement le plus efficace pour la prise en charge médicale des symptômes ménopausiques. (I-A)
3. Les progestatifs seuls ou les contraceptifs oraux à faible dose peuvent être offerts à titre de solutions de rechange pour le soulagement des symptômes ménopausiques au cours de la transition ménopausique. (I-A)
4. Les traitements d'ordonnance non hormonaux (y compris certains antidépresseurs, la gabapentine et la clonidine) peuvent entraîner une certaine atténuation des bouffées de chaleur; ils présentent toutefois leurs propres effets indésirables. Ces solutions de rechange peuvent être envisagées lorsque l'hormonothérapie s'avère contre-indiquée ou lorsque la patiente ne souhaite pas y avoir recours. (I-B)
5. Nous ne disposons que de données limitées sur l'efficacité de la plupart des approches parallèles en ce qui concerne la prise en charge des bouffées de chaleur. Ainsi, en l'absence de preuves solides de leur efficacité et compte tenu des données minimales dont nous disposons quant à leur innocuité, ces approches ne devraient pas être recommandées. Les femmes devraient être avisées que, jusqu'en janvier 2004, la plupart des produits de santé naturels entraînent sur le marché canadien en tant que « produits alimentaires » et n'étaient pas soumis à la réglementation régissant les produits pharmaceutiques. Ainsi, la plupart de ces produits n'ont pas fait l'objet de tests rigoureux en ce qui concerne la prise en charge des bouffées de chaleur allant de modérées à graves; de plus, pour bon nombre d'entre eux, nous ne disposons pas de données sur l'efficacité et l'innocuité. (I-B)
6. L'œstrogénothérapie peut être offerte aux femmes qui ont subi une ménopause chirurgicale dans le cadre de la prise en charge de l'endométriase. (I-A)

Chapitre 5 : Santé urogénitale

Recommandations

1. La crème d'œstrogènes conjugués, l'anneau intravaginal d'estradiol à libération prolongée ou les comprimés vaginaux d'estradiol sont recommandés à titre de traitement efficace contre l'atrophie vaginale. (I-A)
2. La mise en œuvre systématique d'une cothérapie au moyen d'un progestatif n'est pas requise pour la protection de l'endomètre

chez les femmes qui prennent une œstrogénothérapie par voie vaginale selon une posologie adéquate. (III-C)

- Les lubrifiants vaginaux peuvent être recommandés pour l'atténuation subjective des symptômes de la dyspareunie. (II-2B)
- Puisque l'absorption générale des œstrogènes administrés par voie vaginale est minimale, leur utilisation n'est pas contre-indiquée chez les femmes qui présentent des contre-indications à l'œstrogénothérapie générale, y compris la manifestation récente d'un accident vasculaire cérébral et d'une maladie thromboembolique. (III-C) Toutefois, nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour en recommander l'utilisation chez des femmes atteintes du cancer du sein qui reçoivent des inhibiteurs de l'aromatase (lorsque l'objectif du traitement adjuvant est une absence complète d'œstrogènes au niveau tissulaire). Leur utilisation dans de telles circonstances se doit d'être dictée par des préoccupations quant à la qualité de vie, à la suite d'une discussion au sujet des risques possibles. (III-C)
- L'œstrogénothérapie générale ne devrait pas être recommandée pour la prise en charge de l'incontinence urinaire postménopausique par impériosité ou à l'effort, compte tenu de l'absence de données probantes en indiquant l'efficacité au plan thérapeutique. (I-A) Une œstrogénothérapie vaginale pourrait toutefois être recommandée, particulièrement aux fins de la prise en charge de l'incontinence par impériosité. (II-1A)
- Dans le cadre de la prise en charge de l'incontinence à l'effort, les femmes devraient être incitées à faire l'essai d'options non chirurgicales, telles que la perte de poids (chez les femmes obèses). (I-A) La physiothérapie du plancher pelvien (avec ou sans rétroaction biologique), (II-1B) l'utilisation de poids vaginaux en forme de cônes, (II-2B) l'électrostimulation fonctionnelle (I-B) et/ou l'utilisation de pessaires intravaginaux (II-2B) peuvent également être recommandées.
- La modification comportementale, (II-2B) l'électrostimulation fonctionnelle (II-1B) et le traitement antimuscarinique (I-A) sont recommandés pour la prise en charge de l'incontinence urinaire par impériosité.
- L'œstrogénothérapie par voie vaginale peut être recommandée pour la prévention des infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes postménopausées. (I-B)

Chapitre 6 : Agents thérapeutiques d'ordonnance

Aucune recommandation

Chapitre 7 : Prise en charge continue des femmes ménopausées et de celles qui présentent des considérations particulières

Recommandations

- Tout saignement imprévu survenant après 12 mois d'aménorrhée est considéré comme un saignement postménopausique et devrait faire l'objet d'une exploration. (I-A)
- Un traitement cyclique (au moins 12 jours par mois) ou continu faisant appel à un progestogène devrait être ajouté à l'œstrogénothérapie chez les femmes dont l'utérus est intact; les médecins devraient effectuer le suivi de l'observance du traitement faisant appel à un progestogène. (I-A)
- L'hormonothérapie devrait être offerte aux femmes qui présentent une insuffisance ovarienne prématurée ou une ménopause précoce; (IA) de plus, son utilisation devrait être recommandée jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle. (III-B)

- L'œstrogénothérapie peut être offerte aux femmes qui ont subi une ménopause chirurgicale dans le cadre de la prise en charge de l'endométriase. (I-A)

Chapitre 8 : Sexualité et ménopause

Déclarations sommaires

- La sexualité est de nature multifactorielle et biopsychologique; elle est affectée par des facteurs psychologiques, relationnels, physiques, sociaux et culturels, ainsi que par le vieillissement et le déclin hormonal. (II-2)
- Bien que la libido, l'excitation, l'orgasme et la satisfaction connaissent un déclin avec l'âge et dans le cadre de la ménopause, la satisfaction sexuelle demeure toujours possible. (II-2)
- Chez les femmes ayant passé le cap de la quarantaine, la baisse de la libido constitue le problème sexuel le plus courant (elle se manifeste dans jusqu'à 40 % des cas). Toutefois, seulement 12 % des femmes ménopausées en sont personnellement incommodées. (II-2)
- Chez les femmes, la fonction sexuelle est affectée par la présence ou non d'un ou d'une partenaire (et la santé et la fonction sexuelle que connaît ce dernier ou cette dernière), au fil de l'âge. (II-2)
- Chez les femmes qui connaissent une ménopause chirurgicale, la baisse de la libido et la détresse présentent une prévalence accrue, par comparaison avec la situation qui est constatée chez les femmes qui connaissent une ménopause naturelle. (II-2)
- Chez les femmes, la pratique de contacts sexuels satisfaisants améliorent la qualité de vie, au fil de l'âge. (II-2)
- Certains troubles médicaux et psychologiques (et les traitements visant à les contrer) peuvent affecter la sexualité. (II-2)
- Les femmes pourraient hésiter à discuter de leur sexualité avec leurs médecins. (II-2)

Recommandations

- Les fournisseurs de soins de santé devraient reconnaître que, bien que les femmes âgées soient toujours des êtres sexuels et qu'elles aient encore des besoins en matière de sexualité, elles pourraient être réticentes à entamer une discussion au sujet des problèmes qu'elles connaissent à cet égard. (III-A)
- Les fournisseurs de soins de santé devraient être sensibles aux modifications (attribuables à l'âge ou à des maladies) que connaît la sexualité chez les femmes. (III-A)
- Les femmes et leurs partenaires devraient être sensibilisés aux modifications qui affectent la sexualité chez les femmes, au fil de l'âge. (III-A)
- Lorsqu'une femme ne considère pas que la baisse de sa libido constitue un phénomène inconfortable, aucun traitement n'est requis. (III-B)

DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES

Déclarations sommaires

- Les déterminants de la fonction sexuelle mettent en jeu des mécanismes centraux et périphériques. (II-2)
- La testostérone et les œstrogènes exercent des effets sur la fonction sexuelle. (I)
- Le taux sérique de testostérone ne constitue pas un marqueur utile aux fins du diagnostic de la dysfonction sexuelle. (II-1)

- Le maintien de la santé vaginale et vulvaire constitue le principal champ d'action des œstrogènes. (II-2)

Recommandations

- L'atrophie vulvovaginale devrait faire l'objet d'un traitement chez toutes les femmes ayant passé le cap de la quarantaine qui sont touchées par une dysfonction sexuelle. (I-A)
- L'évaluation de la dysfonction sexuelle féminine ne devrait pas faire appel à la mesure des taux sériques d'androgènes. (I-A)

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE

Déclarations sommaires

- La tenue d'une brève anamnèse de la sexualité fait partie intégrante de l'évaluation des femmes ménopausées. (III)
- La dysfonction sexuelle peut être répartie en quatre catégories : troubles de la libido, troubles de l'excitation, troubles de l'orgasme et troubles liés à la douleur. Ces catégories se chevauchent souvent. (II-2)
- Les femmes ayant passé le cap de la quarantaine sont celles chez qui la présence d'une faible libido causant de la détresse est la plus courante. (II-2)
- Chez 50 % des femmes, une atrophie vaginale se manifeste dans les trois ans suivant la ménopause; cette atrophie constitue couramment une cause de douleur sexuelle chez les femmes ménopausées. (II-1)
- La douleur sexuelle donne lieu à une cascade de symptômes sexuels nuisibles. (II-1)
- La prise en charge des dysfonctions sexuelles met en jeu une approche à volets multiples traitant des aspects médicaux, psychologiques et relationnels de celles-ci. (III)
- Il a été démontré que le traitement à la testostérone par voie transdermique entraînait une hausse de la libido, de l'excitation et de la fréquence des événements sexuels satisfaisants, et qu'il atténuait la détresse personnelle chez les femmes en ménopause (chirurgicale ou naturelle). Toutefois, aucun produit n'a été approuvé pour cette indication au Canada. (I)

Recommandations

- Les fournisseurs de soins de santé devraient inclure un bref questionnaire de dépistage sexuel dans le cadre de l'anamnèse des femmes ménopausées. Des interventions ne devraient être mises en œuvre que lorsque la patiente est incommodée par ses problèmes de nature sexuelle. (III-3A)
- Les quatre catégories de la dysfonction sexuelle (troubles de la libido, troubles de l'excitation, troubles de l'orgasme et troubles liés à la douleur) devraient être utilisées pour faciliter le triage des problèmes formulés par les patientes et leur prise en charge. (III-3A)
- Une œstrogénothérapie vaginale devrait être prescrite aux femmes postménopausées qui présentent une atrophie vulvovaginale et une dysfonction sexuelle. (I-A)
- Parmi les meilleures options dont nous disposons à l'heure actuelle pour les femmes qui présentent une baisse de la libido, on trouve la prise en charge de l'atrophie vaginale, la prise en charge des facteurs contributifs qui peuvent être traités et le counseling en sexologie. (I-A)
- Des dilateurs vaginaux, des lubrifiants et des hydratants devraient être offerts aux femmes présentant des symptômes d'atrophie vulvovaginale qui ne peuvent utiliser des œstrogènes. (III-B)

- Les cliniciens devraient souligner, aux patientes qui sont incapables de connaître des relations sexuelles avec pénétration, les avantages d'autres formes de contact sexuel. (III-A)

SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

Déclarations sommaires

- La dysfonction sexuelle est courante chez les patientes déprimées et chez celles qui prennent des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. (I)
- La perte prématurée de la fonction ovarienne pourrait s'accompagner d'une dysfonction sexuelle attribuable à l'arrêt de la production ovarienne d'œstrogènes et d'androgènes à un moment de la vie où l'activité sexuelle est normalement rehaussée. (II-A)
- Les survivantes du cancer du sein qui utilisent des inhibiteurs de l'aromatase sont plus exposées à la dysfonction sexuelle attribuable à l'atrophie vulvovaginale que les femmes qui utilisent du tamoxifène ou que les sujets témoins. (II-1)

Recommandations

- Les patientes qui utilisent des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine devraient être renseignées au sujet des effets qu'exercent ces médicaments sur la sexualité et être avisées du fait que ces effets sont réversibles à la suite de l'abandon de la médication. (III-B)
- La santé sexuelle des patientes qui présentent une insuffisance ovarienne prématurée devrait faire l'objet de discussions. (III-B)
- Les patientes atteintes du cancer du sein qui utilisent des inhibiteurs de l'aromatase devraient être avisées des effets possibles de ces médicaments sur la sexualité. (II-2B) Chez ces femmes, la décision d'avoir recours à un traitement aux œstrogènes par voie intravaginale pour contrer l'atrophie vulvovaginale grave doit être fondée sur des facteurs liés à la qualité de vie et ne devrait être prise qu'à la suite d'une discussion au sujet des effets incertains de ce traitement sur la récurrence du cancer du sein. (III-1)

Chapitre 9 :

Médecine complémentaire et parallèle

Déclarations sommaires

- La Base de données des produits de santé naturels homologués de Santé Canada dresse la liste des produits dont l'innocuité, l'efficacité et la qualité ont été évaluées, et dont l'utilisation a été approuvée chez les femmes qui connaissent des symptômes ménopausiques. (III)

Recommandations

- Les fournisseurs de soins de santé pourraient offrir à leurs patientes l'utilisation des modalités de médecine complémentaire et parallèle dont l'efficacité a été démontrée pour ce qui est de la prise en charge des symptômes ménopausiques légers. (I-B)

Le texte intégral du présent document est disponible en ligne à <http://www.sogc.org> et à <http://www.jogc.com>.