

PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES LIÉES À LA MÉNOPAUSE PAR L'HORMONOTHÉRAPIE

Le présent outil d'aide à la prise en charge s'adresse aux médecins, aux pharmaciens et aux membres du personnel infirmier qui travaillent en première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Le contenu de cet outil exclut les personnes qui ont eu une ménopause avant l'âge de 40 ans et les options thérapeutiques non-hormonales. Toutes les personnes en périménopause ou en postménopause sont incluses dans cet outil, quelle que soit leur identité de genre. Un [feuillelet d'information destiné aux femmes en périménopause ou en postménopause](#) et un [outil sur les bénéfices et les risques de l'hormonothérapie](#) sont aussi proposés. Pour plus de détails, consulter inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉ

La périménopause et la postménopause sont des conditions physiologiques qui ne nécessitent pas systématiquement un traitement, mais une approche thérapeutique, notamment par l'hormonothérapie, pourrait atténuer les manifestations cliniques qui nuisent à la qualité de vie.

TYPES D'HORMONOTHÉRAPIE

Hormonothérapie à action locale (tissus génitaux et urinaires)

- **Estrogènes vaginaux**: 17 β -estradiol, estrogènes conjugués et estrone
- **Autres agents hormonaux**: prastérone vaginale (DHEA) et ospémifène

Hormonothérapie systémique

- **Estrogènes oraux ou transdermiques**: 17 β -estradiol oral ou transdermique et estrogènes conjugués oraux
- **Progestagènes**: progestérone micronisée, progestines (p. ex. AMP, noréthindrone) et DIU-LNG
- **Autres agents hormonaux**: tibolone et combinaison bazédoxifène/estrogènes conjugués

ÉVALUATION CLINIQUE

- **Principal critère d'évaluation du statut ménopausique**: arrêt ou changements dans les cycles menstruels, accompagnés ou non de [manifestations cliniques](#). Pour plus de détails sur le statut ménopausique, consulter l'[annexe I](#).
- Analyses biochimiques généralement non requises pour confirmer le statut ménopausique si 45 ans ou plus.
- Certaines analyses (p. ex. FSH, estradiol) pourraient toutefois être envisagées, particulièrement si moins de 45 ans, dans les situations suivantes:
 - aménorrhée qui persiste depuis plus de 3 mois, sans prise de contraceptif hormonal;
 - manifestations cliniques compatibles avec un déficit estrogénique accompagnant une aménorrhée à la suite d'une hystérectomie.

ABRÉVIATIONS

AMP: acétate de médroxyprogestérone

AVC: accident vasculaire cérébral

BRCA: *BR*east *C*ancer *g*ene

die: une fois par jour

DIU-LNG: dispositif intra-utérin de lévonorgestrel

hs: au coucher

HTA: hypertension artérielle

IM: infarctus du myocarde

IMC: indice de masse corporelle

FSH: hormone folliculostimulante

MCV: maladie cardiovasculaire

SGUM: syndrome génito-urinaire de la ménopause

RPAM: régime public d'assurance médicaments

TEV: thromboembolie veineuse

SOMMAIRE



Généralité	1
Types d'hormonothérapie ..	1
Évaluation clinique	1
Manifestations cliniques liées à la périménopause et à la postménopause	2
Principes de traitement	2
Amorce de l'hormonothérapie	2
Algorithme d'amorce de l'hormonothérapie	3
Doses, posologies et particularités	4
Ajustement de l'hormonothérapie	5
Durée et arrêt de l'hormonothérapie	6
Suivi	6
Références	6
Annexe I	
Statut ménopausique	7
Annexe II	
Syndrome génito-urinaire la ménopause	8
Dosage des hormones sérique	8
Technique d'application du gel transdermique de 17 β -estradiol	8
Annexe III: Algorithmes décisionnels	
Suivi - Hormonothérapie systémique	9
Suivi - Hormonothérapie à action locale	9
Gestion des effets indésirables et des saignements intermittents imprévus ...	10

MANIFESTATIONS CLINIQUES LIÉES À LA PÉRIMÉNOPAUSE ET À LA POSTMÉNOPAUSE

Les manifestations cliniques liées à la périménopause et à la postménopause :

- Peuvent toucher plusieurs systèmes à une intensité variable, ce qui peut avoir un impact défavorable sur la qualité de vie;
- Débutent généralement à la périménopause et persistent en moyenne de 4 à 7 ans, mais elles peuvent durer jusqu'à 15 ans et même davantage chez certaines femmes. Les manifestations génito-urinaires peuvent persister jusqu'au décès.

Principales manifestations cliniques liées à la périménopause et à la postménopause	
La majorité des femmes présenteront au moins une de ces manifestations cliniques ¹	Autres manifestations cliniques possibles ¹ (liste non exhaustive)
<ul style="list-style-type: none">• Altérations du sommeil• Manifestations cliniques génito-urinaires• Manifestations cliniques sexuelles (p. ex. diminution de la libido ou du désir, altération de la fonction sexuelle)• Symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes ou diurnes)	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés cognitives (p. ex. pertes de mémoire, difficultés à se concentrer)• Douleurs articulaires ou musculaires• Gain pondéral, surtout au niveau abdominal• Instabilité émotionnelle• Symptômes anxieux ou dépressifs

1. L'information est présentée en ordre alphabétique. La fréquence des manifestations peut différer selon les caractéristiques des populations.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

→ La décision d'amorcer ou non l'hormonothérapie pour soulager les manifestations cliniques liées à la ménopause doit tenir compte :

- de la **sévérité des manifestations** cliniques et de leur **impact sur la qualité de vie**;
- des **antécédents** et des **facteurs de risque**;
- des **valeurs et des préférences** des femmes concernant l'importance des bénéfices et des risques associés à l'hormonothérapie et aux autres options thérapeutiques disponibles (non abordées dans cet outil), telles que les modifications aux habitudes de vie, les techniques de réduction du stress, les médicaments non hormonaux et les interventions locales comme les lubrifiants et les hydratants vaginaux.

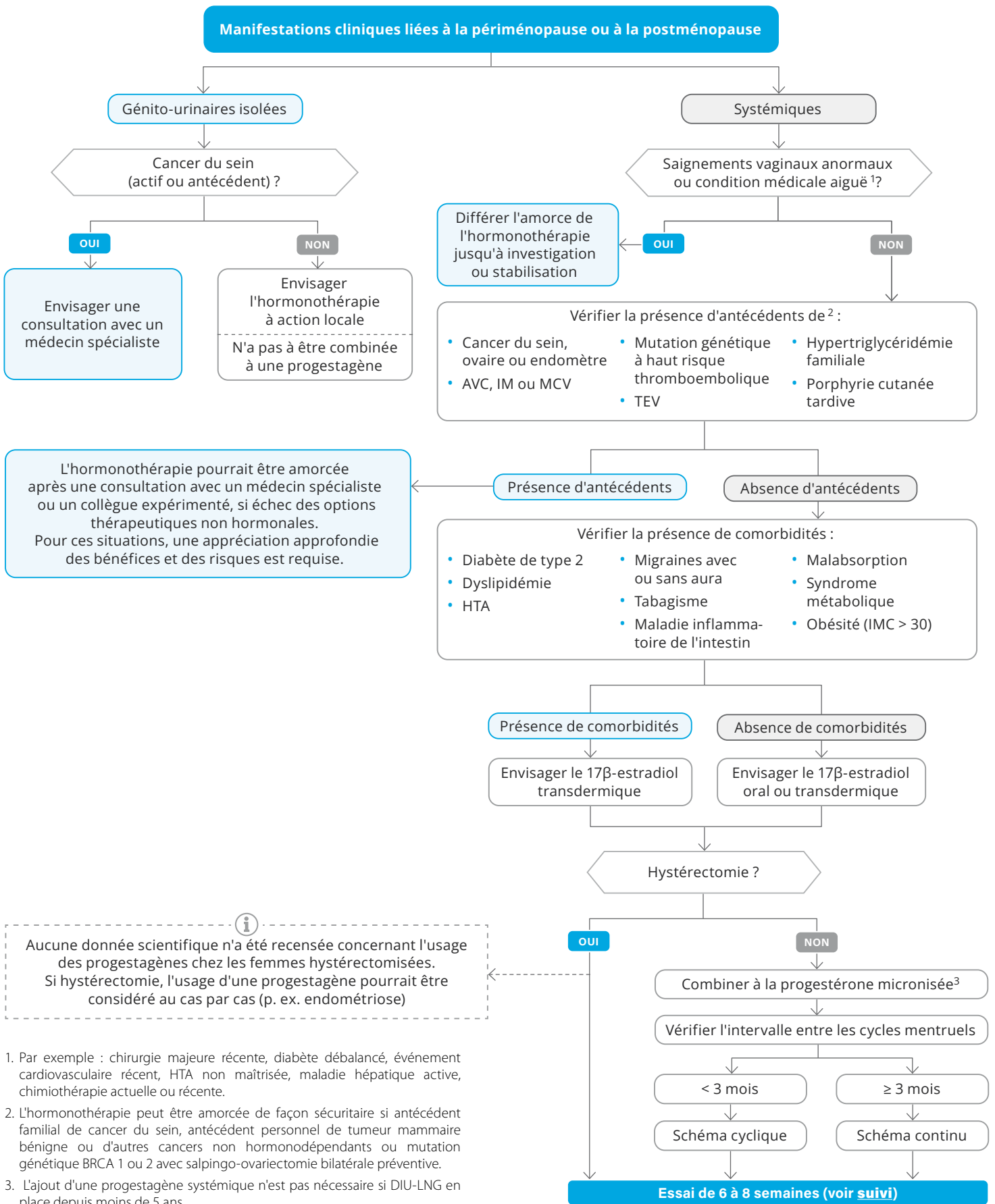
→ Adopter une **approche individualisée** et communiquer de l'information équilibrée sur les bénéfices et les risques. L'[outil sur les bénéfices et les risques de l'hormonothérapie](#) peut être utilisé.

AMORCE DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Âge	<p>Comparativement à l'absence d'hormonothérapie ou à un placebo :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'amorce de l'hormonothérapie avant 60 ans n'augmenterait pas le risque d'AVC et de maladie d'Alzheimer et diminuerait le risque de cancer du sein ou de l'ovaire.• L'amorce de l'hormonothérapie à 60 ans ou plus augmenterait le risque de cancer du sein, de l'ovaire, d'AVC et de maladie d'Alzheimer. <p>Ces effets sont variables selon le type d'hormonothérapie. Consulter l'outil sur les bénéfices et les risques de l'hormonothérapie pour plus de détails.</p>
Statut ménopausique	<ul style="list-style-type: none">• Les données scientifiques disponibles portent essentiellement sur les femmes au stade tardif de la périménopause ou en postménopause. Aucune donnée scientifique n'a été repérée concernant l'usage de l'hormonothérapie au stade précoce de la périménopause.• Si présence de manifestations cliniques qui nuisent à la qualité de vie pendant le stade précoce de la périménopause, les options thérapeutiques telles que les modifications aux habitudes de vie, les contraceptifs hormonaux ou la progestérone micronisée seule¹ pourraient être envisagées.
Choix du traitement initial	<ul style="list-style-type: none">• Peu de données scientifiques sont disponibles pour comparer les différents types d'hormonothérapie entre elles.• Les facteurs à considérer dans le choix de l'hormonothérapie initiale sont : la présence de manifestations cliniques systémiques ou génito-urinaires isolées, les comorbidités, le statut hystérectomisé ou non et le régime d'assurance (voir l'algorithme suivant).• L'usage des préparations d'hormonothérapie non homologuées par Santé Canada n'est pas recommandé (p. ex. : crèmes magistrales, implants de testostérone, d'estrogènes ou de progestérone).• Les autres agents hormonaux systémiques ou la combinaison des estrogènes systémiques avec le DIU-LNG pourraient être envisagés si progestagènes systémiques non tolérés ou non souhaités chez les femmes non hystérectomisées.

1. Aucune donnée scientifique n'a été recensée concernant l'usage de la progestérone micronisée seule au stade précoce de la périménopause. Si les manifestations cliniques sont présentes de façon cyclique, la progestérone pourrait être administrée de façon cyclique. Cette recommandation repose sur l'expérience clinique de certaines parties prenantes.

Algorithme d'amorce de l'hormonothérapie



1. Par exemple : chirurgie majeure récente, diabète débalancé, événement cardiovasculaire récent, HTA non maîtrisée, maladie hépatique active, chimiothérapie actuelle ou récente.

2. L'hormonothérapie peut être amorcée de façon sécuritaire si antécédent familial de cancer du sein, antécédent personnel de tumeur mammaire bénigne ou d'autres cancers non hormonodépendants ou mutation génétique BRCA 1 ou 2 avec salpingo-ovariectomie bilatérale préventive.

3. L'ajout d'une progestagène systémique n'est pas nécessaire si DIU-LNG en place depuis moins de 5 ans.

Doses, posologies et particularités

→ Amorcer les estrogènes systémiques à faible dose. Des doses initiales standard pourraient être considérées si la ménopause est survenue avant l'âge de 45 ans.

Doses, posologies et particularités des préparations d'hormonothérapie systémique						
Préparations d'hormonothérapie	Ultra-faible dose	Faible dose	Dose standard	Dose élevée	Particularités	
Estrogènes						
17β-estradiol comprimés oraux	-	0,5 mg die	1 mg die	2-4 mg die	-	
17β-estradiol timbres transdermiques ¹	-	25 mcg die	50 mcg die	100 mcg die	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs dosages et formulations disponibles Remplacer le timbre une ou deux fois par semaine selon la formulation 	
17β-estradiol gel transdermique 0,06 % (pompe)	-		1 pression (1,25 g) die	2 pressions (2,5 g) die	Plus de 2 pressions die	<ul style="list-style-type: none"> Variabilité de l'absorption en raison de la méthode d'autoapplication 1 pression contient 0,75 mg de 17β-estradiol
17β-estradiol gel transdermique 0,1 % (sachets) ²	0,25 g die	0,5 g die	1 g die	-	<ul style="list-style-type: none"> 1 g de gel contient 1 mg de 17β-estradiol 	
Estrogènes conjugués comprimés oraux ²	-	0,3 mg die	0,625 mg die	1,25 mg die	-	
Progestagènes						
Progesterone micronisée gélules orales	<p>Schéma continu : 100 mg die hs</p> <p>Schéma cyclique : 200 mg hs pendant 14 jours/28.</p>				<ul style="list-style-type: none"> La dose pourrait être augmentée à 200 mg die en continu ou 300 mg die pendant 12 à 14 jours au cas par cas³ 	
Acétate de médroxyprogestérone (AMP) comprimés oraux	<p>Schéma continu : 2,5 mg die</p> <p>Schéma cyclique : 5 mg die pendant 14 jours/28.</p>				<ul style="list-style-type: none"> La dose pourrait être augmentée à 5 mg die en continu ou 10 mg die durant 14 jours au cas par cas (p. ex. si usage d'une dose élevée d'estrogènes)³ Les données actuelles indiquent que l'AMP pourrait augmenter certains risques (p. ex. cancer du sein) Pourrait être considéré si effets indésirables ou saignements intermittents imprévus avec la progestérone micronisée 	
Autres agents hormonaux						
Bazédoxifène/estrogènes conjugués comprimés oraux ²	20 mg/0,45 mg die				<ul style="list-style-type: none"> Ne nécessite pas de progestagène pour contrer l'hyperplasie endométriale Peu de données scientifiques sur les bénéfices et les risques à long terme 	
Dispositif intra-utérin de lévonorgestrel (DIU-LNG) ⁴	19,5 mg ou 52 mg/dispositif à remplacer aux 5 ans				<ul style="list-style-type: none"> Les données actuelles ne permettent pas d'allonger l'intervalle des remplacements au-delà de 5 ans pour contrer l'hyperplasie endométriale secondaire aux estrogènes systémiques 	
Tibolone comprimés oraux ²	2,5 mg die				<ul style="list-style-type: none"> Ne nécessite pas de progestagène pour contrer l'hyperplasie endométriale 	

1. Critère d'exception pour le RPAM : pour les femmes qui ne peuvent pas recevoir d'estrogènes (code GY34) ou de progestatif (code GY35) par voie orale en raison d'une intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

2. Non remboursé dans le cadre du RPAM.

3. Cette recommandation repose sur l'expérience clinique des parties prenantes.

4. Non homologué par Santé Canada pour la prévention de l'hyperplasie endométriale. Données disponibles seulement pour le dispositif contenant 52 mg dans cette indication.

Schéma posologique continu	Schéma posologique cyclique
Estrogène et progestagène tous les jours	Estrogène tous les jours et progestagène durant 14 jours/28
<ul style="list-style-type: none"> • Provoque généralement une aménorrhée • Peut entraîner des saignements intermittents imprévus, surtout si les cycles menstruels sont encore présents • À privilégier si l'intervalle entre les cycles menstruels est de ≥ 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Entraîne fréquemment des saignements de retrait lors des périodes sans progestagène • À privilégier si l'intervalle entre les cycles menstruels est de < 3 mois afin d'éviter les saignements intermittents imprévus • À débiter à n'importe quel moment du cycle menstruel (p. ex. du jour 12 jusqu'aux menstruations ou du jour 1 à 14 puis arrêt de la progestagène durant 14 jours)

Doses, posologies et particularités des préparations d'hormonothérapie à action locale		
Préparations d'hormonothérapie locale	Posologie	Particularités
Estrogènes¹		
17β-estradiol anneau vaginal 2 mg	Remplacer tous les 90 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Insérer l'anneau aussi profondément que possible (soit dans le tiers supérieur du vagin) • Libère approximativement 7,5 mcg de 17β-estradiol par jour
17β-estradiol comprimés vaginaux de 4 mcg² et 10 mcg	Traitement initial : 1 comprimé vaginal hs pendant 14 jours Traitement d'entretien : 1 comprimé vaginal 2 fois par semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Insérer dans le premier tiers du vagin • Espacer les doses d'entretien de 3 ou 4 jours
Estrone crème vaginale 1 mg/g³	0,5 g de crème hs 2 fois par semaine	
Estrogènes conjugués crème vaginale 0,625 mg/g		
Autres types d'hormonothérapie utilisée pour le traitement du SGUM		
Prastérone (DHEA) ovules vaginaux 6,5 mg²	1 comprimé vaginal hs	-
Ospémifène comprimés oraux²	60 mg die	<ul style="list-style-type: none"> • Administration orale : utile si application locale difficile ou impossible.

1. Toutes les formulations vaginales d'estrogènes ont une efficacité similaire pour soulager les manifestations cliniques du syndrome génito-urinaire de la ménopause.

2. Non remboursé dans le cadre du RPAM.

3. La posologie de la crème vaginale d'estrone diffère de la monographie. Cette recommandation repose sur l'expérience clinique des parties prenantes.

AJUSTEMENT DE L'HORMONOTHÉRAPIE

- 1) Si soulagement satisfaisant des manifestations cliniques de la périménopause ou de la postménopause :
 - maintenir le traitement en cours.
 - envisager une réduction de la dose, si possible, afin de viser la dose minimale efficace.
- 2) Si soulagement non satisfaisant des manifestations cliniques de la périménopause ou de la postménopause :
 - vérifier l'adhésion au traitement.
 - valider la [technique d'application](#) des préparations transdermiques ou topiques, s'il y a lieu.
 - si persistance des symptômes dépressifs, le remplacement de l'hormonothérapie ou l'ajout d'une autre option thérapeutique (p. ex. antidépresseur, psychothérapie) pourrait être envisagé.
- 3) Si la réponse au traitement est non satisfaisante malgré un traitement pris de façon appropriée depuis un minimum de 6 à 8 semaines, considérer un ajustement selon l'[algorithme](#) en annexe.
- 4) Si des effets indésirables surviennent (p. ex. céphalées, mastalgie, saignements intermittents imprévus), suivre l'[algorithme](#) en annexe pour la prise en charge selon la situation clinique.

DURÉE ET ARRÊT DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Type d'hormonothérapie	Durée	Arrêt
Hormonothérapie à action locale	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être poursuivie tant que les manifestations cliniques du SGUM sont incommodes. • Les manifestations cliniques du SGUM récidivent généralement à l'arrêt de l'hormonothérapie locale. 	
Hormonothérapie systémique	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptée individuellement (p. ex. persistance des manifestations cliniques, nouvelles comorbidités, bénéfices et risques de l'hormonothérapie). • Aucune durée maximale de traitement définie selon les données scientifiques disponibles, mais certains risques semblent augmenter avec la durée de l'usage. • Si ≥ 65 ans ou si la durée du traitement est ≥ 10 ans, considérer : <ul style="list-style-type: none"> - la poursuite de l'hormonothérapie, si les manifestations cliniques persistent et nuisent à la qualité de vie. - une réduction de la dose d'estrogènes. • Si ménopause avant 45 ans : <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre l'hormonothérapie minimalement jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle, puis réévaluer individuellement la poursuite ou l'arrêt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si ≥ 65 ans ou si la durée du traitement est ≥ 10 ans, envisager des essais périodiques d'arrêt (p. ex. arrêt de 2 à 3 mois tous les 5 ans) • Peut être cessée immédiatement ou progressivement. • La reprise rapide de l'hormonothérapie¹ pourrait être envisagée en cas de récurrence des manifestations cliniques nuisant à la qualité de vie. • Suspendre pour : <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge diagnostique d'une masse mammaire. - la stabilisation d'une condition médicale aiguë (p. ex. chirurgie majeure, événement cardiovasculaire, maladie hépatique active, chimiothérapie).

1. La reprise de l'hormonothérapie à la suite d'un arrêt bref (c.-à-d. 2 ou 3 mois) est considérée comme une continuation et non une amorce de l'hormonothérapie. Cette recommandation repose sur l'expérience clinique des parties prenantes.

SUIVI

Éléments	Précision
Modalité	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone, téléconsultation ou en présence : à déterminer selon les besoins.
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager un suivi rapproché suivant l'amorce ou le changement de l'hormonothérapie (p. ex. 3 mois) puis plus espacé par la suite (p. ex. 1 an). <ul style="list-style-type: none"> - Délai d'efficacité pour symptômes vasomoteurs : de 1 à 4 semaines, mais peut prendre jusqu'à 6 à 8 semaines, surtout si de faibles doses sont utilisées. - Délai d'efficacité de l'hormonothérapie à action locale pour les manifestations cliniques du SGUM : 1 à 3 mois.
Rencontre de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer le besoin de poursuivre ou d'ajuster l'hormonothérapie sur la base des manifestations cliniques, de la santé générale et des comorbidités et facteurs de risque, ainsi que des objectifs du traitement et des préférences de la femme. • Aucune investigation spécifique à l'usage de l'hormonothérapie n'est requise. Elles doivent être effectuées selon les besoins cliniques et la prise en charge des comorbidités.¹ • Aucune intervention ou investigation nécessaire si saignements utérins imprévus de légers à modérés au cours des 6 premiers mois de l'hormonothérapie. • Envisager une investigation de l'endomètre, si usage d'hormonothérapie systémique ou locale et présence : <ul style="list-style-type: none"> - de saignements utérins anormaux (p. ex. imprévus et abondants ou persistants ou postcoïtaux) ou un changement soudain des saignements utérins, même au cours des 6 premiers mois de l'hormonothérapie; - pendant la postménopause, de saignements utérins qui persistent 6 mois après le début de l'hormonothérapie ou qui apparaissent plusieurs mois ou années après l'amorce.

1. L'hormonothérapie combinée peut augmenter la densité mammaire. Toutefois, aucun suivi supplémentaire n'est généralement nécessaire et les femmes qui utilisent l'hormonothérapie peuvent participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, si elles le souhaitent, selon les recommandations en vigueur pour l'ensemble de la population.

RÉFÉRENCES

Pour consulter toutes les références : voir le [rapport](#) associé à l'outil d'aide à la prise en charge des manifestations cliniques liées à la ménopause par l'hormonothérapie.

ANNEXE I : STATUT MÉNOPAUSIQUE

	Périménopause		Ménopause	Postménopause
	Stade précoce ¹	Stade tardif		
Cycles menstruels²	<ul style="list-style-type: none"> • Changements dans les cycles menstruels d'abord subtils (p. ex. légèrement plus rapprochés, abondants, prolongés) • Puis cycles menstruels allongés, intervalles entre les cycles < 60 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Cycles menstruels allongés avec intervalles entre les cycles ≥ 60 jours de façon persistante 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmée rétrospectivement comme étant la date de la dernière menstruation précédant 12 mois d'aménorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée depuis 12 mois ou plus, sans autre cause évidente
Manifestations cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être présentes de façon cyclique • Liées aux grandes fluctuations hormonales³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être présentes à n'importe quel moment du cycle • Liées à l'état de déficit estrogénique 	–	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être présentes surtout au cours des premières années, puis s'estompent généralement • Liées à l'état de déficit estrogénique persistant
Risque de grossesse spontanée	<ul style="list-style-type: none"> • Encore présent : discuter des besoins en contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible, mais ovulation imprévisible : discuter des besoins en contraception 	–	<ul style="list-style-type: none"> • Absent⁴
Niveau sérique de FSH et d'estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Très variables 	<ul style="list-style-type: none"> • Variables, surtout si les intervalles entre les cycles sont de < 3 mois 	–	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau sérique de FSH élevé et d'estradiol faible

1. Le stade précoce de la périménopause est aussi appelé préménopause.

2. Si antécédent d'hystérectomie sans salpingo-ovariectomie, les manifestations cliniques cycliques peuvent parfois permettre l'identification du statut ménopausique.

3. Par exemple : mastalgie lors d'un pic estrogénique, manifestations cliniques psychologiques durant la période lutéale, bouffées de chaleur en période de saignement.

4. Si aménorrhée prolongée secondaire à un traitement gonadotoxique : la possibilité de reprise de la fonction ovarienne est rare, mais les besoins en contraception sont à considérer, particulièrement si moins de 40 ans.

Ménopause

→ La ménopause peut survenir naturellement, généralement entre 45 et 55 ans (âge moyen de 52 ans) ou être induite (p. ex. par une salpingo-ovariectomie bilatérale ou un traitement gonadotoxique).

→ Si ménopause avant 45 ans :

- Facteur de risque significatif de fracture de fragilisation et de maladie cardiovasculaire. La prise en charge devrait inclure la prévention de ces conditions.

→ Si ménopause avant 40 ans :

- Envisager l'orientation vers la médecine spécialisée, puisque l'insuffisance ovarienne prématurée requiert une prise en charge différente.

Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)

- Caractérisé par l'ensemble des manifestations cliniques causées par la déficience en estrogènes au niveau des organes génitaux et des voies urinaires (p. ex. dyspareunie, dysurie, sensation d'inconfort ou sécheresse vaginale, incontinence urinaire, infections urinaires récurrentes, urgence mictionnelle). Une seule ou plusieurs manifestations cliniques du SGUM peuvent être présentes.
- Les manifestations cliniques du SGUM peuvent :
 - être insidieuses et se développer même plusieurs années après la ménopause;
 - progresser avec l'âge, le nombre d'années écoulées depuis la ménopause, la diminution de l'activité sexuelle ou l'utilisation d'un inhibiteur de l'aromatase;
 - être sous-rapportées en raison des réticences à en parler et des symptômes qui sont souvent perçus comme étant secondaires au vieillissement normal. Questionner les femmes sur la présence de manifestations cliniques du SGUM.
- Un examen gynécologique ou un test de pH vaginal ne sont pas requis de routine, mais ils pourraient être utiles pour éliminer d'autres causes possibles.

Dosage des hormones sériques¹

- De façon générale, le dosage des hormones sériques ne serait pas nécessaire pour amorcer l'hormonothérapie.
- Un dosage sérique d'estradiol pourrait être envisagé dans les situations suivantes :
 - **En cas d'inefficacité** malgré l'usage de 17 β -estradiol transdermique à dose standard depuis un minimum de 6 à 8 semaines avec une adhésion adéquate au traitement :
 - Si niveau sérique d'estradiol inférieur à 200 pmol/L : une augmentation de la dose pourrait être envisagée.
 - Si niveau sérique d'estradiol supérieur à 200 pmol/L : rechercher d'autres causes pour les manifestations cliniques. Une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un collègue expérimenté pourrait être envisagée.
 - Un niveau sérique supérieur à 400 pmol/L pourrait augmenter le risque d'effets indésirables.
 - **En cas d'effets indésirables** attribuables aux estrogènes, malgré une dose faible de 17 β -estradiol transdermique (p. ex. mastalgie, céphalées, saignements erratiques) :
 - Si niveau sérique d'estradiol inférieur à 400 pmol/L : un changement de formulation (gel transdermique pour un timbre ou vice-versa) pourrait être envisagé.
 - Si niveau sérique d'estradiol supérieur à 400 pmol/L : pourrait être lié à une absorption transdermique excessive. Un changement pour la voie orale ou une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un collègue expérimenté pourraient être envisagés.
- Lorsque cela est indiqué, les hormones sériques pourraient être mesurées à tout moment de la journée, quel que soit le temps écoulé depuis la dernière prise d'hormonothérapie.
- Le dosage salivaire ou urinaire des hormones n'est pas recommandé.

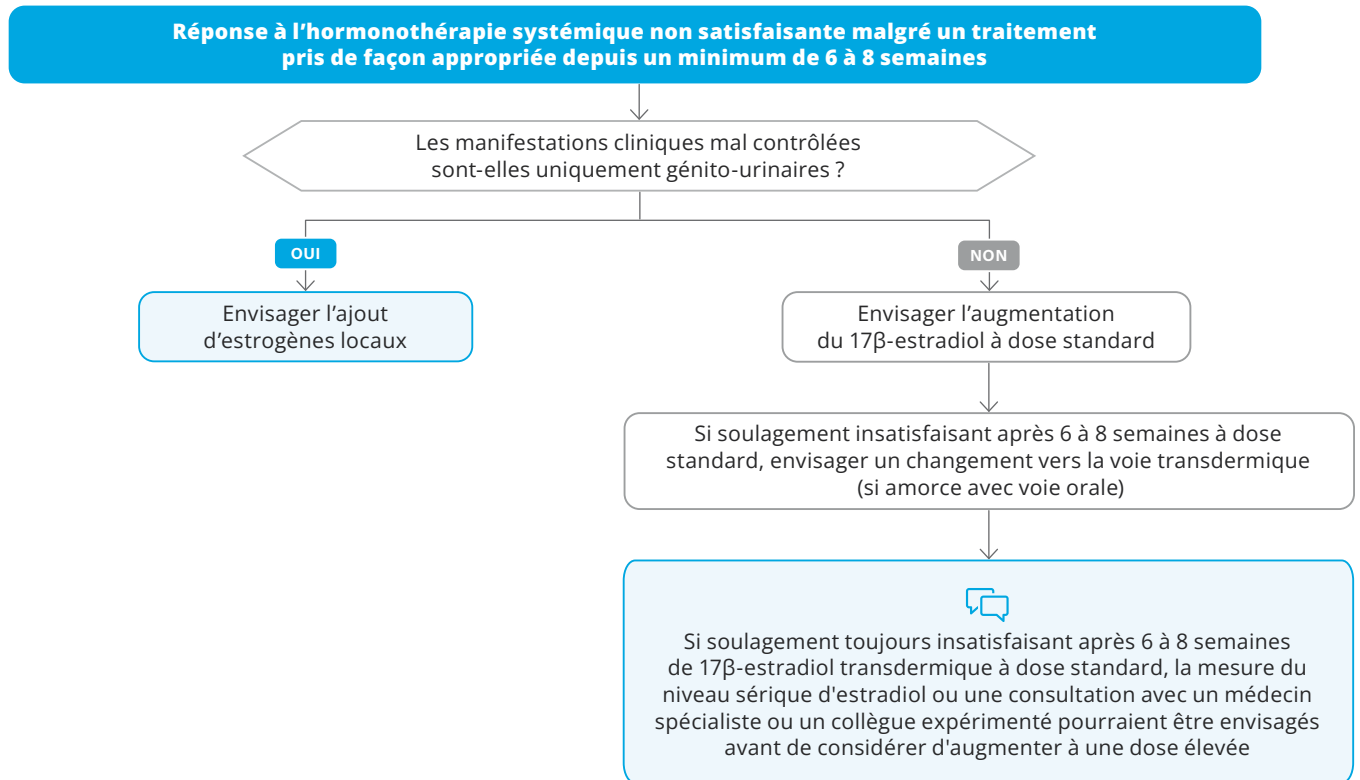
1. Les données scientifiques sont insuffisantes pour déterminer la pertinence d'effectuer un dosage sérique d'estradiol, d'estrone ou de progestérone (avant ou pendant l'hormonothérapie systémique) pour améliorer la prise en charge des manifestations cliniques liées à la périménopause ou à la postménopause. Les recommandations de cette section reposent sur l'expérience clinique des parties prenantes.

Technique d'application du gel transdermique de 17 β -estradiol

- Appliquer le gel au même moment chaque jour, idéalement le soir au coucher.
- N'appliquer aucun produit (crème, huile, onguent) sur la surface d'application du gel.
- Appliquer sur une surface de peau propre et sèche (c'est-à-dire au moins 30 minutes après une douche).
- Appliquer sur une surface suffisamment grande pour que le gel sèche en 1 à 2 minutes (p. ex. ½ pression sur toute la face interne de la cuisse ou sur le bas du ventre, 1 pression répartie sur les deux avant-bras). Ne pas frotter ni masser.
- Ne pas appliquer le gel sur les seins, les aisselles, le visage ou le torse.
- Laisser sécher complètement avant de s'habiller ou de se couvrir.

ANNEXE III : ALGORITHMES DÉCISIONNELS

SUIVI – HORMONOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE



SUIVI – HORMONOTHÉRAPIE À ACTION LOCALE

