

GYNÄKOLOGIE

WECHSELJAHRE

VORTEILE UND RISIKEN DER HORMONERSATZTHERAPIE

Interview mit Professor Petra Stute, Stv. Chefärztin der Gynäkologischen Endokrinologie & Reproduktionsmedizin am Inselspital (Universitätsspital Bern)

Wenn die ovarielle Funktion nachlässt, machen sich bekannte Beschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen und Gereiztheit bemerkbar. Die Symptome des klimakterischen Syndroms lassen sich gut mit einer Hormonersatztherapie (HRT) behandeln, doch seit Jahren kämpft die HRT gegen massive Vorurteile. Betroffene Frauen erhalten widersprüchliche Empfehlungen von den behandelnden Fachpersonen, was unsicher macht. Frau Prof. Stute erklärt den aktuellen Wissensstand zum Einsatz von Hormonen in den Wechseljahren.

Die Anzeichen für den Beginn der Peri-Menopause sind bekannt. Gibt es Unsicherheiten in der Diagnosestellung?

Ja, denn die hormonellen Veränderungen machen sich schon sehr früh mit Ende 30, Anfang 40 bemerkbar. Bis zum durchschnittlichen Zeitpunkt der Menopause mit 51 Jahren werden die Frauen mit ihren Beschwerden oft nicht ausreichend ernst genommen. Es sind auch nicht alle gleich stark betroffen: Rund ein Drittel aller Frauen hat beispielsweise gar keine Hitzewallungen, ein weiteres Drittel nur leichte und die übrigen leiden massiv darunter. Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr geben circa 50 % Schlafstörungen an und das Risiko für eine Depression ist rund zweieinhalb Mal höher als in jüngeren Jahren.

Neben den geläufigen Beschwerden der Perimenopause gibt es Anzeichen, die oft verkannt werden. Bei Gelenk- und Muskelschmerzen denken die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eher an entzündlich rheumatische Erkrankungen, dabei sind dies auch typische Anzeichen für die Wechseljahre. Herzklopfen tritt ebenfalls häufig auf und wird oft als ein rein kardiologisches Problem abgetan. Bei der Liste von Differentialdiagnosen kommt bei vielen Beschwerden ab Ende 30 die hormonelle Umstellung dazu.

Viele Frauen sind verunsichert, ob sie eine Hormonersatztherapie beginnen sollen. Oft wenden Sie sich zuerst an den Hausarzt oder die Hausärztin. Welcher Ratschlag ist sinnvoll?

Ich bin schon glücklich, wenn die Patientinnen mit ihren Beschwerden gehört werden und die HRT nicht als gefährlicher Unsinn abgetan wird. Solche Aussagen verwirren die Frauen und führen dazu, dass die HRT trotz ihrer nachgewiesenen Vorteile nicht eingesetzt wird.

Wieso hat die HRT einen solch schlechten Ruf?

Das Drama begann im Jahre 2002 mit einer grossen, amerikanischen Studie der Women's Health Initiative (WHI), die auf eine Zielgruppe von symptomlosen Frauen nach der Menopause mit einem Durchschnittsalter von 63 Jahren ausgelegt war.¹ Mit der Untersuchung wollte nachgewiesen werden, ob eine HRT chronischen Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Brustkrebs vorbeugen kann. Die Studie wurde aber wegen nachteiligem Nutzen-Risiko-Verhältnis vorzeitig abgebrochen.²

Trotz dem anders ausgelegten Studiendesign wurden aus den Resultaten fälschlicherweise Rückschlüsse auf Frauen mit klimakterischen Beschwerden im Alter von 40 bis 50 Jahren gezogen. Aus Verunsicherung setzten darauf quasi über Nacht nahezu 80 % der Frauen ihre Hormone ab und die Verschreibung der HRT ist seither massiv zurückgegangen. Aktuell sind Frauen in den Wechseljahren trotz evidenzbasierten Vorteilen immer noch medizinisch unterversorgt.³ Interessanterweise sind die in der WHI-Studie eingesetzten Hormone in Europa und in der Schweiz nicht mehr zugelassen und entsprechen auch nicht der hier üblichen HRT.

Welche Vorteile hat die HRT?

Wenn die HRT im günstigen Zeitfenster innerhalb von zehn Jahren nach Beginn der Menopause und vor dem 60. Lebensjahr gestartet wird, überwiegen die Vorteile. Die Indikationsstellung für die HRT ist aber klar das klimakterische Syndrom und nicht die Reduktion von kardiovaskulären oder anderen Begletrisiken. Die spezifischen Wechseljahrbeschwerden lindert die HRT sehr erfolgreich.²



Bei einer Kombinationsbehandlung (konjugierte equine Östrogene/Medroxyprogesteronacetat) reduziert sich das Frakturrisiko und das Risiko für Darmkrebs sowie für andere Krebsarten (siehe Abbildung 1). Es konnte auch ein Benefit auf die Gesamtmortalität und das Neuauftreten eines Diabetes mellitus nachgewiesen werden. Bei der Östrogen-Monotherapie ist die Bilanz noch überzeugender. Einzig das Risiko für Beinvenenthrombosen war erhöht. Dieses kann aber mit der transdermalen Östrogen-Applikation vermieden werden.

Wie wird das Thrombose- und Schlaganfallrisiko durch eine HRT beeinflusst?

Die WHI-Studie zeigte, dass das Thrombose- und Schlaganfallrisiko vor allem für ältere Frauen und mit oral verabreichten Östrogen-Präparaten galt.¹ Transdermal applizierte Östrogene haben diesen Effekt nicht.² Bei Frauen mit erhöhtem Thromboserisiko sowie bei Übergewicht, Rauchen oder familiärer Vorbelastung greife ich automatisch zu über die Haut verabreichten



Expertenbrief No 42² der SGGG

Aktuelle Empfehlung zur menopausalen Hormon-Therapie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
www.sggg.ch

Östrogenen. Die Feineinstellung der Therapie geschieht auch mit der Wahl des Gelbkörperhormons: Bioidentisches Progesteron ist stoffwechselneutral und stellt keine Thrombosegefahr dar.

«Das Thromboserisiko ist bei der transdermalen Östrogengabe nicht erhöht.»²

GYNÄKOLOGIE

Steigt das Brustkrebsrisiko bei der Hormontherapie an?

«Das Brustkrebsrisiko hängt stark von der Therapiedauer und der gewählten HRT ab.»²

Bei einer reinen Östrogen-Therapie besteht kein erhöhtes Risiko für Brustkrebs. Das Erkrankungsrisiko bei einer Kombinationstherapie ist laut WHI-Studie statistisch relevant erhöht.¹ Dabei wurde jedoch nur das relative und nicht das absolute Risiko betrachtet. Schaut man sich das absolute Risiko hochgerechnet auf eine Gruppe von 1000 Frauen an, so entspricht dies einem zusätzlichen Fall pro Jahr.⁵ Das relativiert die Gefahr etwas. Zudem besteht das erhöhte Brustkrebsrisiko nicht bei Erstanwen-

derinnen in den ersten 5,6 Jahren der Therapie und verschwindet bei Absetzen der HRT wieder.²

So ergibt sich eine Zeitspanne, in der es unproblematisch ist, eine HRT auszuprobieren. Die Patientinnen merken sehr schnell, ob sich die Wechseljahrsbeschwerden verbessern und können dann über eine weitere Einnahme entscheiden. Da das Brustkrebsrisiko bei der entsprechenden Altersgruppe auch ohne HRT ansteigt, sollten die Frauen zur regelmässigen Vorsorgeuntersuchung motiviert werden.

Wie wählen Sie die passende HRT für Ihre Patientinnen aus?

Jede HRT wird individuell zusammengestellt und auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmt. Eine Östrogen-Monotherapie ist nur nach Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) möglich,

Vorteile und Risiken der hormonellen Mono- und Kombinationstherapie gemäss WHI-Studie^{3,4}

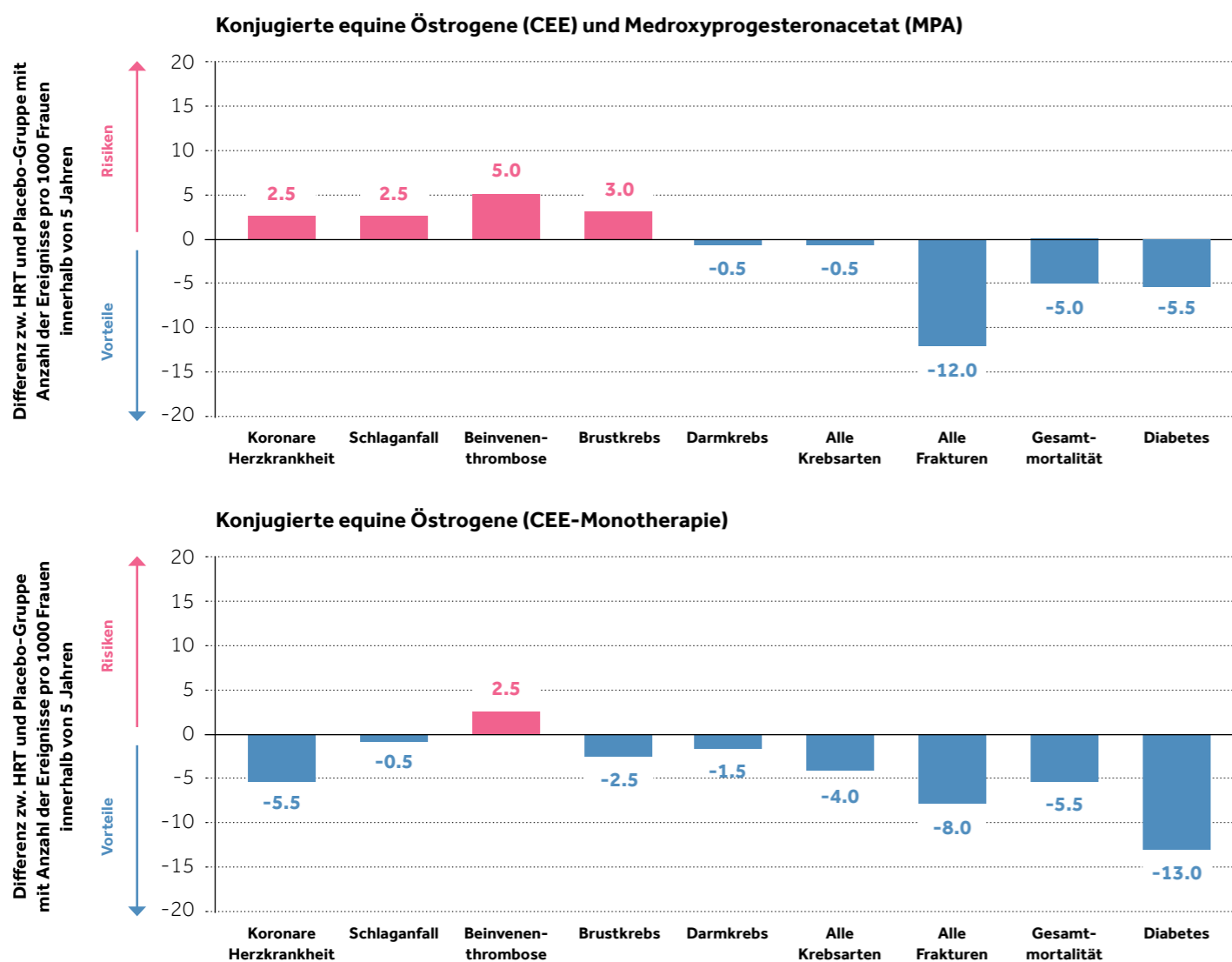


Abbildung 1: Studienkollektiv von Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahre. Gemäss Manson et al.^{3,4}



andernfalls kommt eine Kombinationstherapie mit Gelbkörperhormon infrage. Ich überdenke die gewählte Medikation jährlich und stelle bei erhöhtem Thromboserisiko auf eine transdermale Östrogenverabreichung um (Abbildung 2).

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürfen bei entsprechendem Interesse die Einstellung der HRT übernehmen. Es spricht auch nichts dagegen, zuerst das ganze Alternativprogramm mit pflanzlichen Präparaten oder anderen Heilmethoden wie Akupunktur auszuprobieren. Bestehen Vorerkrankungen oder spricht keine der gewählten Therapien an, sollte ein Gynäkologe oder eine Gynäkologin mit dem nötigen Detailwissen hinzugezogen werden.

Manche Frauen nehmen zur Empfängnisverhütung bis zur Menopause die Pille. Werden die Wechseljahrs-Beschwerden so überhaupt bemerkt?

Bei der klassischen Pille wird an 21 Tagen eine Hormontablette eingenommen, danach folgt eine Pause von sieben Tagen. In dieser Woche ohne Pilleneinnahme kann die Frau die Symptome wahrnehmen. Auch an den anderen Tagen können jedoch Veränderungen der Stimmung oder Hitzewallungen auftreten.

Bis zu welchem Alter darf die Pille eingenommen werden?

Bei hormonellen Verhütungsmitteln mit künstlichen Östrogenen (Ethinylestradiol) sollte ab dem 50. Lebensjahr umgestellt werden, da die Einnahme wegen des steigenden Thromboserisikos nicht mehr vertretbar ist.

Welches ist der passende Zeitpunkt, um mit einer HRT aufzuhören?

Das ist eine individuelle Entscheidung, welche die Patientin mit mir zusammen unter Berücksichtigung der vielen Vor- und Nachteile fällt. Meist kommt der Anstoss von der Frau selbst, wenn sie etwa nach der Pensionierung keine Hormone mehr einnehmen möchte. Ein guter Weg ist es, zuerst die Dosierung zu reduzieren, damit man sich besser an die optimale Dosis oder einen Therapiestopp herantasten kann. Manche Patientinnen nehmen die HRT auch bis ins hohe Alter und wechseln zur Sicherheit auf eine transdermale Applikation.

GYNÄKOLOGIE

Zugelassene Präparate
Hormonersatztherapie (HRT) Schweiz

Verabreichung	Handelsname
Östrogen-Monotherapie	
Oral	Estrofem® N, Femoston® mono, Ovestin®, Progynova®, Progynova® mite
Transdermal	Divigel, Estradot®, Oestrogel®
Östrogen-Gestagen-Therapie	
Oral, sequenziell (ohne Einnahmepause)	Femoston®, Novofem®, Trisequens® N
Oral, sequenziell (mit Einnahmepause)	Cyclacur®
Oral, kontinuierlich kombiniert	Activelle®, Angeliq®, Femoston® conti, Indivina, Kliogest® N
Transdermal, sequenziell	System® Sequi
Transdermal, kontinuierlich kombiniert	Estalis®, System® Conti
Vaginale, hormonelle Therapie	
Vaginal	BLISSEL vaginalgel, Gynoflor® vaginaltabl., Intrarosa®*, Kadefemin® Estriol Ovula, Oestro-Gynaedron® Creme, Ovestin® Creme, Ovestin® Ovula, Vagifem® vaginaltabl.
Gestagen-Monotherapie	
Oral	Androcur®, Duphaston®, Primolut® N, Utrogestan®, Visanne® / Visanette®
Weitere Monotherapie-Präparate	
Oral	Livial®, Marysa®, Tibolon-Mepha®, Tibolon Sandoz®, Tibolon Spirig HC®
Selektive E(Ö)strogenrezeptormodulatoren (SERMs)	
Oral	Evista®
Phytotherapeutika	
Oral	Cimifemin® neo/uno/forte, Climavita® neo/forte

Abbildung 2: Stand Juni 2022: Gemäss Fachinformationen www.swissmedicinfo.ch und Spezialitätenliste www.spezialitaetenliste.ch; * nicht auf der Spezialitätenliste



ZUR PERSON

Professor Petra Stute ist Leitende Ärztin und stellvertretende Chefärztin der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Inselspital (Universitätsspital Bern). Sie ist Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Menopause (SGEM) und Vorstandsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Menopause und Andropause (EMAS). Ihre Interessensgebiete sind unter anderem Management der Menopause und Orthomolekulare Medizin. **Reisen** – mindestens einmal im Jahr an die Nordsee.

E-Mail: petra.stute@insel.ch



KEY MESSAGES

- Die Hormonersatztherapie (HRT) lindert Wechseljahrsbeschwerden erfolgreich und schützt vor Knochenabbau im Alter.³
- Wird die HRT innerhalb der ersten zehn postmenopausalen Jahre und vor dem 60. Lebensjahr begonnen, übersteigt der Nutzen die Risiken.³
- Der Einsatz einer HRT sollte jährlich reevaluiert und individuell auf die Patientin abgestimmt werden.³
- Negative Vorurteile gegenüber der HRT beruhen auf einer WHI-Studie aus dem Jahre 2002, die mit dem aktuellen Einsatz von Hormonen in den Wechseljahren nicht verglichen werden kann.⁴

Referenzen:

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321–33.
2. Birkhäuser M, et al. Aktuelle Empfehlungen zur Menopausalen Hormon-Therapie (MHT). Expertenbrief No 42. SGGG (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe).
3. Manson JE, et al. Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. N Engl J Med. 2016 Mar 3;374(9):803-6.
4. Manson JE, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2013 Oct 2;310(13):1353-68.
5. Rifkin E. Effective Image Communication of Hormone Replacement Therapy Risks and Benefits. Cancer J. 2022 May-Jun 01;28(3):246-253.

GYNÉCOLOGIE

MÉNOPAUSE

AVANTAGES ET RISQUES DU TRAITEMENT HORMONAL DE SUBSTITUTION

Entretien avec la professeure Petra Stute, médecin-chef adjointe du service d'endocrinologie gynécologique et de médecine de la reproduction à l'hôpital de l'Île (Hôpital universitaire de Berne)

Bouffées de chaleur, troubles du sommeil, irritabilité: on connaît bien les signes que la fonction ovarienne est en baisse. Alors que ces symptômes du syndrome climatérique peuvent être bien traités avec un traitement hormonal de substitution (THS), celui-ci doit affronter depuis longtemps d'énormes préjugés. Face aux avis contradictoires des professionnels qui les traitent, les femmes ne savent plus à quel saint se vouer. La professeure Stute explique l'état actuel des connaissances sur l'utilisation des hormones pendant la ménopause.

On connaît les signes qui marquent le commencement de la péri-ménopause. Y a-t-il des incertitudes sur le diagnostic?

Oui, parce que les changements hormonaux commencent très tôt, vers la fin de la trentaine ou le début de la quarantaine. Jusqu'à l'âge moyen de la ménopause, vers 51 ans, les problèmes des femmes ne sont pas suffisamment pris au sérieux. Et puis, toutes ne sont pas affectées de la même façon: par exemple, une femme sur trois n'a jamais de bouffées de chaleur, un autre tiers a de petites bouffées, mais celles du troisième tiers en souffrent beaucoup. Entre 30 et 40 ans, une femme sur deux signale des troubles du sommeil; le risque de dépression est aussi deux fois et demi plus élevé que plus tôt dans la vie.

Outre les problèmes habituels de la péri-ménopause, d'autres signes sont souvent méconnus. En présence de douleurs musculaires et articulaires, les médecins traitants pensent plutôt à des rhumatismes, alors qu'il peut aussi s'agir de signes typiques de la ménopause. Les palpitations cardiaques sont fréquentes aussi, et souvent abordées seulement du point de vue cardiologique. Les changements hormonaux devraient être envisagés au titre du diagnostic différentiel pour de nombreux problèmes de santé et ce, dès la fin de la trentaine.

De nombreuses femmes hésitent à commencer un traitement hormonal de substitution. Elles posent souvent d'abord la question à leur médecin de famille. Quel conseil pouvez-vous leur donner?

Déjà, je suis contente quand les médecins écoutent les patientes et n'écartent pas le THS comme déraisonnable et dangereux. Ces affirmations troublent les femmes et les dissuadent de recourir au THS, malgré ses avantages démontrés.

Pourquoi le THS a-t-il si mauvaise réputation?

L'affaire a commencé en 2002, avec une grande étude menée aux Etats-Unis par la Women's Health Initiative (WHI) sur un groupe-cible de femmes ménopausées asymptomatiques, âgées en moyenne de 63 ans.¹ Il s'agissait de déterminer si le THS pouvait prévenir les maladies chroniques telles que l'infarctus du myocarde, l'AVC et le cancer du sein. Cette étude a été interrompue prématurément à cause d'un rapport bénéfice-risque défavorable.² Bien que sa conception ait été un peu différente, on en a tiré des conclusions erronées pour les femmes de 40 à 50 ans souffrant de troubles climatériques. Du jour au lendemain ou presque, 80 % des femmes, inquiètes, ont arrêté leur traitement hormonal; les prescriptions de THS ont fortement reculé depuis. À l'heure actuelle, malgré les avantages démontrés du THS, de nombreuses femmes en péri-ménopause ne sont pas suffisamment traitées.³ Il est intéressant de noter que les hormones utilisées dans le cadre de l'étude de la WHI ne sont plus autorisées en Europe ni en Suisse et ne correspondent donc pas à notre approche du THS.

Quels sont les avantages du THS?

Si le THS est mis en place durant le créneau favorable de dix ans entre le début de la ménopause et l'âge de 60 ans, les avantages sont majoritaires. Cela dit, son indication est clairement le syndrome climatérique, et non la réduction des risques cardiovasculaires ou autres. Le THS atténue très efficacement les troubles spécifiques du climatère.²

Avec un traitement combiné (œstrogènes équins conjugués/acétate de médroxyprogestérone), le risque de fracture diminue,



et aussi celui de cancer du côlon et d'autres types de cancer (voir la figure 1). Un bénéfice a également été démontré sur la mortalité globale et l'apparition d'un diabète sucré de novo. Le bilan est encore plus convaincant avec une monothérapie œstrogénique. Seul le risque de thrombose veineuse des membres inférieurs était accru, mais il est facile à éviter avec l'administration d'œstrogènes par voie transdermique.

Comment le THS influe-t-il sur le risque de thrombose et d'AVC?

L'étude de la WHI a montré que le risque de thrombose et d'AVC concernait surtout les femmes plutôt âgées et celles qui prenaient des préparations orales d'œstrogènes.¹ Les œstrogènes en application transdermique ne produisent pas cet effet.² Chez les femmes à risque élevé de thrombose, en surpoids, fumeuses ou qui ont des antécédents familiaux, je prescris automatiquement des œstrogènes par voie cutanée. L'ajustement fin du traitement passe aussi par le choix de l'hormone lutéale: la proge-



Lettre d'experts No 42² de la SSGO

Recommandation actuelle de la Société suisse de gynécologie-obstétrique sur le traitement hormonal de la ménopause
www.sggg.ch

stérone bio-identique n'a pas d'incidence sur le métabolisme et ne crée pas de risque de thrombose.

«Le risque de thrombose n'est pas accru par l'administration transdermique d'œstrogènes.»²

GYNÉCOLOGIE

Le risque de cancer du sein augmente-t-il pendant le traitement hormonal?

«Le risque de cancer du sein dépend fortement de la durée du traitement et du THS choisi.»²

Avec un traitement purement oestrogénique, il n'y a pas de risque accru de cancer du sein. Selon l'étude de la WHI, le risque est élevé, d'une façon statistiquement significative, avec le traitement combiné.¹ Cela dit, l'étude ne considérait que le risque relatif et non le risque absolu. Si l'on extrapole le risque absolu à un groupe de 1000 femmes, on obtient l'équivalent d'un cas de

plus par an.⁵ Cela relativise un peu le risque. En outre, le risque accru de cancer du sein ne concerne pas les 5 ou 6 premières années du traitement, et il disparaît à l'arrêt du THS.² Il y a donc un intervalle de temps pendant lequel il n'y a aucun problème à essayer un THS. Les patientes se rendent compte très vite si les troubles de la ménopause s'atténuent, et elles peuvent décider ensuite de continuer ou d'interrompre le traitement. Le risque de cancer du sein augmente de toute façon, même sans THS, dans le groupe d'âge en question et il faut, dans tous les cas, encourager les femmes à faire des examens de prévention réguliers.

Avantages et risques des monothérapies et thérapies combinées hormonales selon l'étude de la WHI^{3,4}

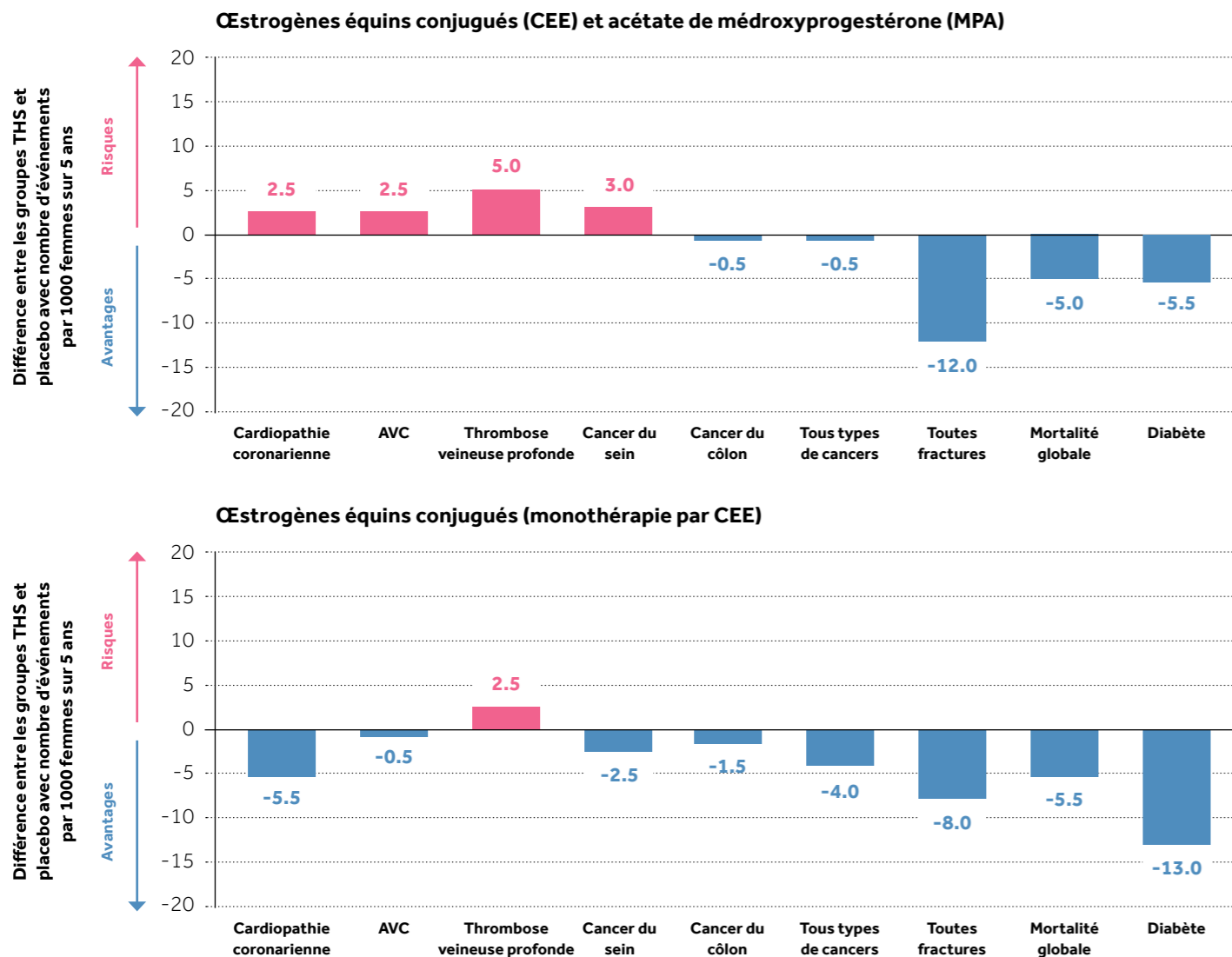


Figure 1: Collectif de femmes de l'étude (âgées de 50 à 59 ans). D'après Manson et al.^{3,4}



Comment choisissez-vous le THS qui conviendra à vos patientes ?

Chaque THS est composé individuellement et adapté aux besoins de la patiente concernée. Une monothérapie oestrogénique n'est possible qu'après l'ablation de l'utérus (hystérectomie); dans les autres cas, il faut une thérapie combinée avec une hormone lutéale. Je revois chaque année les médicaments choisis et, s'il existe un risque accru de thrombose, je passe à une administration transdermique des œstrogènes (figure 2).

Les médecins en cabinet peuvent prendre le relais pour ajuster le THS, si cela les intéresse. Rien n'empêche, non plus, d'essayer d'abord les médecines alternatives, avec des préparations de phytothérapie ou d'autres méthodes telles que l'acupuncture. S'il y a des pathologies préexistantes ou si aucun des traitements employés ne produit un effet, il faut demander l'avis d'une gynécologue, qui dispose des connaissances approfondies nécessaires.

Certaines femmes prennent la pilule contraceptive jusqu'à la ménopause. Est-ce qu'elles remarquent tout de même les signes de la ménopause ?

Avec la pilule classique, on prend un comprimé d'hormones pendant 21 jours, suivis d'une pause de 7 jours. Pendant cette

semaine sans pilule, les femmes peuvent ressentir des symptômes. Il peut aussi y avoir des changements d'humeur ou des bouffées de chaleur les autres jours.

Jusqu'à quel âge peut-on prendre la pilule?

Les contraceptifs hormonaux à base d'œstrogènes de synthèse (éthynylestradiol) doivent être remplacés par un autre moyen dès l'âge de 50 ans car le risque de thrombose augmente excessivement.

Quel est le bon moment pour arrêter un THS?

C'est une décision individuelle, que la patiente prend avec moi en tenant compte des nombreux avantages et inconvénients. Le plus souvent, c'est la patiente elle-même qui décide, par exemple parce qu'elle ne veut plus prendre d'hormones au moment de partir à la retraite. Il est judicieux de réduire d'abord la posologie, afin de mieux se rapprocher de la dose optimale ou d'un arrêt du traitement. Certaines patientes prennent leur THS jusqu'à un âge avancé, en passant à une forme transdermique pour plus de sécurité.

GYNÉCOLOGIE

Préparations pour le traitement hormonal de substitution (THS) autorisées en Suisse

Mode d'administration	Nom commercial
Monothérapie avec œstrogènes	
Oral	Estrofem® N, Femoston® mono, Ovestin®, Progynova®, Progynova® mite
Transdermique	Divigel, Estradot®, Oestrogel®
Thérapie œstrogène-gestagène	
Oral, séquentiel (sans interruption)	Femoston®, Novofem®, Trisequens® N
Oral, séquentiel (avec pause)	Cyclacur®
Oral, combiné en continu	Activelle®, Angeliq®, Femoston® conti, Indivina, Kliogest® N
Transdermique, séquentiel	System® Sequi
Transdermique, combiné en continu	Estalis®, System® Conti
Vaginal, traitement hormonal	
Vaginal	Gel vaginal BLISSEL, comprimés vaginaux Gynoflor®, Intrarosa®*, ovules Kadefemin® Estriol, crème Oestro-Gynaedron®, crème Ovestin®, ovules Ovestin®, comprimés vaginaux Vagifem®
Monothérapie avec gestagènes	
Oral	Androcur®, Duphaston®, Primolut® N, Utrogestan®, Visanne® / Visanette®
Autres monothérapies	
Oral	Livial®, Marysa®, Tibolon-Mepha®, Tibolon Sandoz®, Tibolon Spirig HC®
Modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques (SERM)	
Oral	Evista®
Préparations de phytothérapie	
Oral	Cimifemin® neo/uno/forte, Climavita® neo/forte

Figure 2: Version de juin 2022: selon les informations professionnelles de www.swissmedinfo.ch et la liste des spécialités (www.spezialtaetenliste.ch); * ne figure pas dans la liste des spécialités.



KEY MESSAGES

- Le traitement hormonal de substitution (THS) atténue les troubles de la ménopause et prévient la résorption osseuse due au vieillissement.³
- S'il est mis en place au cours des dix années suivant la ménopause et avant l'âge de 60 ans, ses bénéfices dépassent ses risques.³
- Le THS doit être réévalué chaque année et adapté individuellement à la patiente.³
- Les idées reçues négatives contre le THS se fondent sur une étude de la WHI de 2002, qui n'est pas comparable à l'utilisation actuelle des hormones au cours de la ménopause.⁴

Références:

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321–33.
2. Birkhäuser M, et al. Aktuelle Empfehlungen zur Menopausalen Hormon-Therapie (MHT). Expertenbrief No 42. SGGG (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe).
3. Manson JE, et al. Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. N Engl J Med. 2016 Mar 3;374(9):803-6.
4. Manson JE, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2013 Oct 2;310(13):1353-68.
5. Rifkin E. Effective Image Communication of Hormone Replacement Therapy Risks and Benefits. Cancer J. 2022 May-Jun 01;28(3):246-253.



PORTRAIT

La professeure Petra Stute est médecin-adjointe et médecin-chef adjointe du service d'endocrinologie gynécologique et de médecine de la reproduction à l'hôpital de l'Île (Hôpital universitaire de Berne). Elle est présidente de la Société suisse d'endocrinologie gynécologique et ménopause (SSEGM) et membre du comité de direction de la Société européenne de la ménopause et de l'andropause (EMAS). Elle s'intéresse, entre autres, à la gestion de la ménopause et à la médecine orthomoléculaire. **Voyages:** au moins une fois par an au bord de la mer du Nord.

Mail: petra.stute@insel.ch