

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 10

Artikel: Le traitement substitutif de la ménopause : un choix de société

Autor: Luzuy, Frank

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950891>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

di desiderio sessuale ci viene indicato dal fatto che donne di gruppi sociali inferiori, dalle condizioni di vita più disagiate, perdono il desiderio sessuale in misura maggiore delle donne delle altre classi.

Parallelamente disturbi come: depressione, ipersensibilità, irritabilità, compaiono con maggiore frequenza nelle donne il cui interesse sessuale è diminuito, che non nelle altre (Hertoft, *Sessuologia Clinica*, 1976).

Si' alla sessualita', ma con chi?

Certamente, dunque, la donna ha il diritto, ed ormai anche le reali e concrete possibilità, di mantenere inalterata la propria capacità e la propria competenza sessuale ed erotica. Ma a questo punto si pone un dubbio: con quale partner?

Alcune ricerche riportano dati secondo cui il 37% delle donne oltre i 50 anni sostiene di non essere più desiderata dal marito, mentre il 54% di esse dichiara di non essere più attratta sessualmente da lui.

Per un totale di ben 91% di «crisi» sessuale-coniugali.

Oltre il 34% delle donne tra i 55 ed i 60 anni ha desiderato un amante, ed il 15% di esse lo ha effettivamente avuto. Questo significa che, al di là di parole sulla riappropriazione di una sessualità oltre la menopausa, è necessario ricostruire, o reinventare, anche un rapporto all'interno del quale esprimere questa sessualità.

Però, perché questo accada, c'è bisogno di alcune attenzioni e di un po' di tempo: quello da dedicare a se stesse, ma anche quello da farsi dedicare dal proprio compagno e da dedicargli.

La vita sessuale di una coppia, infatti, si costruisce giorno dopo giorno.

Ed è a partire dai primi anni di convivenza che è necessario porre le basi per una vita sessuale lunga e soddisfacente. Cercando di non cadere vittime della routine sessuale, ma anche soprattutto, cercando di comprendere e di ricordare continuamente come la sessualità sia qualcosa che va ben oltre il semplice rapporto sessuale.

La sessualità infatti passa attraverso la capacità di trarre piacere dai nostri cinque sensi, attraverso il gioco dell'erotismo e della seduzione, attraverso la passione ed il desiderio, attraverso il contatto dei corpi, ma si fonda anche sulla sicurezza degli affetti, sulla possibilità di dialogo,

sull'esistenza di un terreno comune di fantasie e di immaginario.

E spesso è la donna che deve «insegnare» al proprio compagno, prevalentemente orientato all'esclusivo godimento durante il coito, l'importanza di tutte queste differenti componenti della sessualità.

Magari incominciando proprio in occasione di qualche altro momento «critico» della vita di coppia: come un periodo di stress, un momento delicato in occasione di una malattia, il momento della gravidanza.

Altrimenti i grossi turbamenti che investono la donna, e di conseguenza la coppia, possono determinare una crisi di difficile risoluzione.

Perché è difficile chiedere a due persone, divenute estranee da molti anni, di riaprire, o di aprire per la prima volta, un dialogo tra di loro, per confessarsi reciprocamente paure e desideri; perché è ancor più difficile cambiare abitudini ed atteggiamenti sessuali ormai consolidati nel tempo.

Al punto che, quando nella coppia le cose non funzionano, dovremmo cominciare a chiederci se non è possibile che la donna utilizzi la menopausa come una malattia, una specie di invalidità sessuale, dietro la quale nascondere una vita di frustrazioni e di insoddisfazioni legate alla relazione con un partner che, forse, non ama più.

Che fare?

A questo punto, perché la menopausa non sia più solamente un climaterio, è importante fare qualcosa. Infatti non è pensabile lasciare alla donna di mezza età tutto il carico di questa situazione e di questa mentalità.

E' essenziale procedere verso un cambiamento di cultura, oltre che un cambiamento sociale.

Un cambiamento di cultura nel senso di imparare un nuovo modo di dire (una «realità» di parole diverse) della menopausa, insegnare una differente educazione sul femminile, lavorare per un diverso rapporto tra uomo e donna, favorire una diversa preparazione degli operatori che, in differenti modi, si occupano della donna di mezza età.

Un cambiamento sociale che vada verso una effettiva «pari opportunità» di espressione totale dell'essere uomo o donna, verso il superamento del conflitto tra diverse mentalità, verso la composizione della frattura tra il vecchio, vissuto come brutto, superato, cattivo, ed il nuovo, inteso troppo facilmente come bello, buono, promettente e ricco. Perché l'immagine di una donna non più giovane se da un lato può evocare la fantasia della «strega», dall'altro è anche la raffigurazione della saggezza, die quelle «sages-femmes» di cui testimoniano proprio le levatrici. □

Le traitement substitutif de la ménopause: un choix de société

Docteur Frank Luzuy

Laureato in medicina e chirurgia, specialista in ostetricia e ginecologia.

Capoclinica all'Ospedale Universitario di Ginevra dove è responsabile della consultazione sui disturbi della menopausa.

Consultation Ménopause, Clinique de Stérilité et d'Endocrinologie gynécologique
Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Hôpital Cantonal Universitaire,
1211 Genève 14

Titre provocateur, mais provocation délibérée car aujourd'hui ménopause et résignation ne vont plus de paire.

L'hormonothérapie de substitution est un traitement de «confort» chez toutes les femmes qui arrivent en ménopause. Mais, c'est un traitement nécessaire pour environ 50% d'entre elles, afin de

retarder la survenue de l'ostéoporose et/ou les conséquences d'une maladie cardiovasculaire.

En effet, la nature est mal faite, l'espérance de vie actuelle des femmes est de plus de 80 ans dans les pays développés, alors pourquoi cette carence ovarienne à la ménopause?

Nous ne répondrons pas dans ces quelques lignes à cette question. Si en 1990 l'espérance de vie en Europe était d'environ 50 ans, peu de femmes alors étaient confrontées au problème de la ménopause. La situation aujourd'hui est tout autre.

1) Objectif de la substitution.

Le traitement substitutif de la ménopause vise à corriger la défaillance naturelle ovarienne.

A court terme:

Durant la pré et la péri-ménopause, l'activité estrogénique devient anarchique, et ces fluctuations sont probablement à l'origine de ce déséquilibre psychologique passager, connu sous le nom de «syndrome ménopausique» (fatigue, nervosité, maux de tête, insomnie, dépression, irritabilité et palpitations). Ces plaintes sont souvent à l'origine des premières consultations.

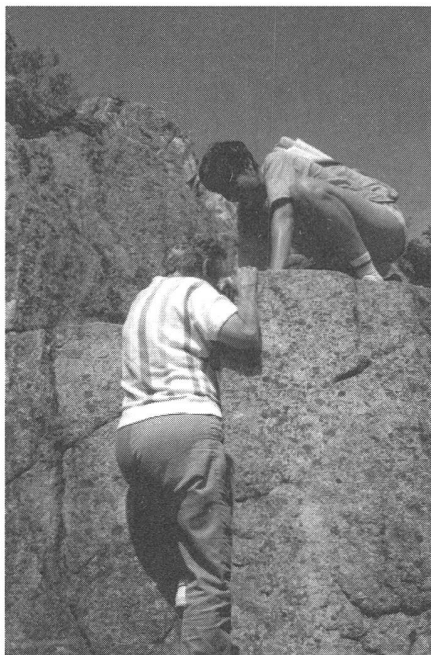
A long terme:

Il a été estimé que 50% des femmes ont une fracture ostéoporotique durant leur vie. Les changements hormonaux qui accompagnent la ménopause sont associés à une perte osseuse d'environ 1% par an. Cette perte osseuse n'est pas uniformément distribuée sur tout le squelette, la perte de l'os trabéculaire (par exemple les os vertébraux) est supérieure à la perte de l'os cortical (par exemple les os longs comme le fémur). Remarque de la réd.: Les femmes physiquement actives sont moins sujettes aux fractures; l'exercice peut augmenter la masse osseuse chez les femmes post-ménopausées.

Il y a également des causes spécifiques qui touchent les os des personnes âgées:

- Médicamenteuses: héparine, anti-épileptiques, alcool.
- Maladies chroniques: rénales et hépatiques.
- Maladies endocriniennes: prise de corticoïdes, hyperthyroïdisme, déficience estrogénique, hyperparathyroïdisme.
- Alimentaire: déficience en calcium, en phosphore et en vitamine D.

Il est important de noter que d'autres facteurs que les déficits hormonaux augmentent le risque de fractures (note de la réd.).



Avec la substitution estrogénique, on peut diminuer de 50 à 60% le taux de fractures des os longs et lorsqu'aux œstrogènes, on ajoute du calcium, une réduction de plus de 80% des fractures de la colonne vertébrale est observée (cet impact positif est même démontré chez des femmes de plus de 65 ans).

Dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires ont pris la première place en terme de mortalité et ceci également pour les femmes. Un effet protecteur de la substitution sur les maladies cardiaques est bien démontré dans plusieurs études et en terme de mortalité, une baisse de près de 40% est retrouvée chez les patientes sous traitement estrogénique.

L'effet protecteur des œstrogènes est dû à un changement des lipoprotéines du plasma, mais aussi, ceci a été démontré récemment, par une action directe sur les vaisseaux coronariens (vasodilatation, diminution de la plaque athéromateuse).

2) Modalités de la substitution hormonale:

a) Quel type d'œstrogène doit-on utiliser?

Il en existe 2 types: synthétique et naturel. Les œstrogènes synthétiques sont prescrits dans la contraception orale et doi-

vent exercer une action de blocage au niveau de l'ovulation. Pour que ce blocage soit efficace, les doses sont relativement importantes. Cela entraîne, plus particulièrement au niveau du foie, un certain nombre de réactions défavorables, particulièrement au niveau de la coagulation. Pour cette raison, les œstrogènes synthétiques n'ont pas leur place en substitution hormonale. Pour la substitution hormonale, il est préférable d'utiliser les œstrogènes naturels, dérivés du 17 β -œstradiol ou d'utiliser du valériate d'œstradiol. On a pris l'habitude de prescrire la dose minimale reconnue pour être efficace sur l'os.

Il y a plusieurs voies d'administration possible (orale, transdermique, sous-cutanée et intra-vaginale).

L'administration orale: résulte en une conversion rapide de l'œstradiol (E_2) en œstrone (E_1) au niveau de la muqueuse intestinale, E_1 plus grand que E_2 est largement absorbé au niveau du système veineux porte vers le foie (premier passage) où il y a métabolisation et inactivation. Ces effets ont de nombreuses conséquences: 1) augmentation de l'HDL cholestérol, des triglycérides et des substrats de la rénine; 2) diminution du LDL cholestérol et de l'anti-thrombine III.

Administration en sous-cutané: les œstrogènes sous forme non-orale, comme le patch ou les implants, n'ont pas de premier passage hépatique. E_2 plus grand que E_1 peut être préférentiellement délivré directement dans la circulation systémique, ce qui a pour conséquence une absence de changement au niveau des substrats de la rénine ou des facteurs de coagulation, en revanche, les changements au niveau lipidique sont moins marqués.

En pratique, le choix de la voie d'administration dépend des patientes, éventuellement de la préférence du médecin. On déconseillera la forme orale chez les femmes ayant des antécédents de troubles de la pression artérielle, une hypertriglycéridémie, ou un antécédent de thrombose veineuse profonde.

b) Quel type de progestatif?

Il y a 2 types de progestérone: synthétique et naturel. La progestérone synthétique a été classifiée en 2 groupes principaux: ceux

ayant une structure proche de la progestérone naturelle (par exemple l'acétate de Médroxyprogestérone, la Médrogestone, l'acétate de chlormadinone, la promégestone et la dydrogesterone) et ceux ayant une structure proche de la testostérone (comme la Noréthistérone et le Norgestrel).

La progestérone naturelle est métabolisée par de nombreux enzymes et nécessite d'être donnée en doses fractionnées. Son utilisation est plus restreinte.

3) Type de traitement:

Les différents traitements varient d'un pays à l'autre: séquentiel ou combiné-continu.

Si l'utérus est encore présent, l'hormonothérapie substitutive doit toujours associer un œstrogène (E) et un progestatif (P).

Le progestatif sera prescrit au moins dix jours par mois pour des séquences œstrogéniques de 21-25 jours, ou au moins 12 jours par mois pour des séquences œstrogéniques en continu. En l'absence d'utérus, les progestatifs ne sont pas nécessaires.

Dans le traitement combiné-continu, des doses d'œstrogènes et de progestérone (à dose faible) sont données chaque jour, dose faible de progestérone afin de recréer un équilibre au niveau de l'endomètre mais également pour réduire les effets secondaires dus à la progestérone elle-même (prise de poids, rétention liquidienne, spotting).

Il semble actuellement que la combinaison œstro-progestative en continu apparaît comme le traitement de choix (confort) pour les patientes. En effet, en terme de compliance, il est très important que le traitement engendre un minimum d'effets secondaires. Le premier effet secondaire que l'on essaie de diminuer est celui des saignements, ceux-ci apparaissent en général les 3 premiers mois, au début du traitement.

Dans les quelques mois qui suivent la ménopause, on conseillera un traitement séquentiel préservant les règles, afin de garder un rythme naturel.

4) Quels sont les risques de la substitution hormonale?

● Cancer de l'endomètre.

Les œstrogènes normalement favorisent les mitoses au niveau de l'endomètre, cette prolifération peut aboutir à une transformation de la muqueuse endométriale allant de l'hyperplasie au carcinome. Ceci est observé lors de traitements œstrogéniques non contrebalancés par des progestatifs.

Par contre, lorsqu'il y a administration de progestatif de 12 à 14 jours par cycle, l'effet œstrogénique est contrebalancé et peut même être protecteur pour certains.

Cette protection des progestatifs contre le cancer de l'endomètre peut être mise en relation avec une diminution des récepteurs nucléaires aux œstrogènes et par une diminution directe de la multiplication cellulaire.

● Cancer du sein.

Contrairement au cancer de l'endomètre, l'incidence du cancer du sein continue à augmenter. Le rôle de la substitution hormonale dans le développement du cancer du sein reste controversé et nécessiterait un large débat.

En résumé, depuis plus de trente ans, sur de larges séries, la controverse persiste sans réponse objective. L'utilisation à long terme (plus de 10 ans) de **hautes doses d'œstrogènes seules** est associée à une possible augmentation du risque de cancer du sein. Les patientes touchées font-elles parties d'un sous-groupe à risque? (Anamnèse familiale de cancer du sein, ménarque précoce, obésité, ménopause tardive). Ces traitements n'ont plus cours et l'utilisation à long terme de nouveaux œstrogènes à doses faibles, ainsi que l'association de progestérone est actuellement en cours d'évaluation, les premiers résultats ne montrent pas de différence significative.

Une surveillance annuelle clinique est nécessaire; concernant la surveillance mammographique, un consensus est actuellement admis pour pratiquer une mammographie tous les 2 ans dès l'âge de 50 ans.

5) Contre-indications au traitement de substitution.

Les contre-indications relatives aux années passées, sont aujourd'hui devenues les indications de l'hormonothérapie substitutive.

Il persiste quelques contre-indications absolues, qui sont détaillées dans la liste suivante:

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

- Cancer de l'endomètre
- Hyperplasie atypique de l'endomètre
- Cancer du sein
- Cancer endométrioïde de l'ovaire
- Otospongiose
- Hyperprolactinémie fonctionnelle ou avec adénome
- Lupus érythémateux disséminé
- Mélanome
- Porphyrries
- Cholestases
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire récente.

6) Conclusion

La femme dans notre société est aujourd'hui confrontée à passer autant de temps dans sa ménopause que dans sa phase active de fécondité. Même s'il n'est pas nécessaire d'imposer à toutes femmes une substitution hormonale, nous sommes loin encore aujourd'hui du chiffre de 50% d'amélioration attendue dans le cadre de l'ostéoporose et des maladies cardio-vasculaires. En effet, dans notre pays, probablement 5 à 10% seulement des femmes bénéficient actuellement d'un traitement de substitution hormonale et nous devons nous convaincre, avant de convaincre nos patientes, des bienfaits de la substitution hormonale.

Nous devons également changer nos mentalités, pour que notre société soit enfin moins agressive envers les femmes qui vieillissent afin qu'elles puissent retrouver la meilleure qualité de vie possible dans leur environnement familial et conjugal. □



Aktionstag "Frau und Gesundheit"
Samstag, 30. Oktober 1993, 10.00 - 17.00 Uhr
Universitäts-Frauenklinik und
Kantonales Frauenspital Bern
Schanzeneckstrasse 1, 3012 Bern

Verschiedene Frauenorganisationen des Kantons Bern organisieren am Samstag, 30. Oktober 1993, im Kantonalen Frauenspital den Aktionstag "Frau und Gesundheit", um zu zeigen, dass das Kantonale Frauenspital ein wichtiges Zentrumsspital ist, das in den Fachgebieten Geburtshilfe und Gynäkologie hochspezialisierte medizinische Dienstleistungen für den ganzen Kanton Bern erbringt, als Universitätsklinik im Bereich Lehre und Forschung tätig ist und gleichzeitig im Fach Frauenheilkunde die Grundversorgung im Spitalbezirk Bern sicherstellt.

Wir möchten damit auch zeigen, dass der Neubau des Kantonalen Frauenspitals - über dessen Realisierung die Bürger und Bürgerinnen des Kantons Bern am 28. November 1993 abstimmen - eine notwendige Investition ist, damit die berechtigten Bedürfnisse an die medizinische Betreuung und an die Forschung auch im 21. Jahrhundert befriedigt werden können.

Was erwartet Sie an diesem Samstag?

Im Hörsaal können Sie sich im Rahmen von **Vorträgen** - das genaue Programm und den Zeitplan finden Sie auf der Rückseite dieses Flugblattes - über Aufgaben und Angebote des Frauenspitals informieren. Die Vorträge dauern etwa 30 Minuten und anschliessend haben Sie Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die **Tonbildschau** "Mensch Frau - Tage und Nächte im Frauenspital" wird zu jeder vollen Stunde im Zimmer 109 vorgeführt. Sie dauert 30 Minuten.

Im Foyer und im Gang zum Hörsaal wird Ihnen an Ständen eine breite Palette von Informationen rund ums Thema "Frau und Gesundheit" präsentiert. Mit **Informationsangeboten** sind unter anderem vertreten: Bernische Krebsliga, Frauenbuchladen Bern, die Organisatorinnen...

Eintritt frei, freiwillige Kollekte zur Deckung der Unkosten.

Organisatorinnen:

Frauenzentrale des Kantons Bern - Katholischer Frauenbund Bern - Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Bern - Schweizerische Evangelische Frauenhilfe Bern - Schweizerischer Gemeinnütziger Frauenverein, Sektionen des Kantons Bern - Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Bern - Verband Bernischer Landfrauenvereine - Verein Frau und Politik

Vorträge im Hörsaal des Frauenspitals



- 10.00 Uhr **Frau und Hormone.**
Störungen des Hormonhaushaltes können bei der Frau zu unfreiwilliger Kinderlosigkeit, zu Beschwerden in den Wechseljahren und Stoffwechselstörungen führen. In den Kurzvorträgen werden Sie informiert, wie sich die Medizin in den letzten Jahren mit diesen Problemen auseinandergesetzt hat und welche neuen Erkenntnisse daraus gewonnen wurden.
Professor Martin Birkhäuser, Dr. Alfred Brandenberger, Dr. Yvonne Girard, Dr. Willy Hänggi
- 11.00 Uhr **Frauen mit Unterleibskrebs.**
Die beiden Referenten werden über verschiedene Krankheitsarten sprechen und einige Schwerpunkte und Probleme in der Nachbetreuung aufzeigen.
Anne-Käthi Bischoff Wilhelm, Professor Ekkehard Dreber
- 12.00 Uhr **Vater werden ist nicht schwer - Mutter sein dagegen sehr.**
Zwei Mitarbeiterinnen der Familienplanungsstelle, die dem Frauenspital angegliedert ist, orientieren über Schwangerschaftsverhütung und Konflikte rund um die Schwangerschaft.
Heidi Ensner, Dr. Eelke Schmutz
- 14.00 Uhr **Schwangerschaft und Geburt im Wandel der Zeit.**
Ob im Spital oder zu Hause, eine Geburt ist für Mutter, Vater und Kind in jedem Fall ein einmaliges und prägendes Erlebnis. Neben der medizinischen Sicherheit wird dabei je länger je mehr der individuellen Gestaltung besondere Bedeutung beigemessen.
Barbara Aeschbacher, Annelise Mebes, Professor Henning Schneider
- 15.00 Uhr **Diagnosemöglichkeiten beim Ungeborenen.**
Der Spezialist erklärt, wie es heute immer besser gelingt, durch Ultraschall, Fruchtwasser- und Nabelschnurpunktion bereits beim Ungeborenen Krankheiten festzustellen.
Dr. Peter Dürig
- 16.00 Uhr **Frühgeborene brauchen mehr Liebe - die "sanfte" Neonatologie.**
Neue Entwicklungen in der Medizin ermöglichen den Frühgeborenen heutzutage ein normales Leben ohne Beschwerden. Neonatologie aus medizinischer und pflegerischer Sicht, die Förderung der Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind und die Känguruh-Methode sind Themen der Kurzreferate.
Damiana Hafner, Professor Adrien Moessinger, Barbara Stucki, Eveline Wyss

Des résumés en français seront disponibles.