La ménopause et les femmes

« Beaucoup de femmes pensent que la ménopause est synonyme de vieillesse et de maladie. Mais si vous continuez à prendre soin de vous, tout ira bien. Pas trop de stress, peu ou pas d'alcool, une consommation modérée de sucre, une bonne nuit de sommeil : autant de facteurs qui influencent la ménopause et qui relèvent de nos propres choix. La ménopause est aussi une période passionnante : de la puberté à la ménopause, vous êtes fertile « extérieurement » ; vous portez un enfant et le donnez au monde. Après la ménopause, vous êtes fertile « intérieurement » : vous découvrez de nouvelles facettes de vous-même, vous entreprenez de nouveaux voyages. Il vous suffit de vous concentrer davantage sur vous-même ; vous n'avez plus à porter un enfant à élever et à éduquer. Désormais, vous portez votre propre enfant. Du moins, c'est ainsi que je le vois. Vous pouvez enfin développer votre authenticité et votre potentiel. Oui, vous avez enfin le temps de prendre ce cours d'espagnol ! »

HILDE

•

« On vieillit, c'est tout. Tant pis, je préfère vieillir et profiter un peu plus de la vie ! »

NADINE

•

« Avant, je ne voulais pas entendre parler de la ménopause, mais à un moment donné, on sent que le moment est venu et qu'on est prête. »

CAROLINE



Non, la ménopause n'est pas la fin du monde...

Non, la vie ne s'arrête pas avec l'arrivée de la ménopause. Au contraire : vous entrez progressivement dans une période où vous avez plus de temps pour vous…
Mais comme vous le découvrirez dans ce livre, un nombre considérable de femmes souffrent de troubles, surtout avant et au début de la ménopause : un chiffre impressionnant de 77 %. Peut-être reconnaissez-vous l'un des symptômes suivants ?

Bouffées de chaleur, troubles du sommeil et de la mémoire, fatigue, difficultés de concentration, maux de tête, anxiété, irritabilité et sautes d'humeur, tendances dépressives, sécheresse vaginale, douleurs pendant les rapports sexuels, tensions musculaires, ostéoporose, accumulation de graisse abdominale et prise de poids, hypertension (palpitations), amincissement de la peau et des cheveux, ou incontinence urinaire et/ou irritation de la vessie (devoir aller fréquemment aux toilettes, sensation d'infection urinaire) ?

Ne vous inquiétez pas, il existe des solutions pour soulager tous ces symptômes. Non, la ménopause n'est pas forcément synonyme de souffrance et de prise de poids. C'est une nouvelle étape de votre vie, qui peut annoncer un nouveau départ. Vous avez l'opportunité de mieux connaître votre corps, tout comme vous vous connaissez vous-même. Alors, saisissez cette chance à bras-le-corps et vous vous sentirez pleinement épanouie !

« L'athérosclérose est la première cause de mortalité chez les hommes et les femmes dans le monde occidental. »

« Le risque de décès par maladie cardiovasculaire est d'environ 33 %, soit dix fois plus élevé que celui lié au cancer du sein. De plus, davantage de femmes meurent d'ostéoporose que de cancer du sein. »

« Chez la femme, la production d'hormones féminines cesse presque complètement vers l'âge de 51 ans. Chez l'homme, la production d'hormones masculines reste relativement stable. La nature crée ainsi une inégalité, voire une forme de discrimination. »

« L'hormonothérapie pendant la ménopause présente des avantages et des inconvénients : elle diminue le risque d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires, mais augmente celui de cancer du sein. En moyenne, le taux de mortalité chez les femmes ménopausées sous hormonothérapie est inférieur à celui des femmes qui n'en suivent pas. Le lien entre cancer du sein et hormonothérapie est par ailleurs largement surestimé : les études montrent que l'augmentation des cas de cancer du sein due à l'obésité ou à la consommation d'alcool est bien plus importante que celle due à l'hormonothérapie. »

« La diminution de la production hormonale chez les femmes a un impact sous-estimé sur leur qualité de vie. Pour beaucoup de femmes, cela s'accompagne de bouffées de chaleur, de fatigue, de prise de poids, de raideurs musculaires, d'une baisse de la libido et de troubles du sommeil. »

« La prise d'hormones peu après le début de la ménopause assure effectivement une protection contre la maladie d'Alzheimer. »

« Nous sommes entourés d'oiseaux de mauvais augure. Les actualités sont essentiellement dominées par des informations négatives : guerres, accidents, catastrophes naturelles, conflits politiques. Si une information négative apparaît concernant les traitements hormonaux, les médias s'en emparent pendant des mois. Si une étude importante démontre que l'hormonothérapie réduit le risque de décès, c'est le silence médiatique total. On dirait que le slogan suivant prévaut : « Seules les mauvaises nouvelles comptent, les bonnes ne font pas d'actualité. »

« Après la ménopause, l'effet protecteur des œstrogènes disparaît. Les maladies cardiovasculaires chez les femmes sont souvent méconnues et, par conséquent, insuffisamment traitées. C'est pourquoi, en Flandre, plus de femmes que d'hommes meurent de maladies cardiovasculaires. »

« En 2020, plus de 50 millions de femmes étasuniennes avaient plus de 51 ans. Pourtant, nombreuses sont celles qui peinent à trouver un médecin suffisamment expérimenté pour leur prescrire des hormones, et encore moins pour traiter efficacement leurs symptômes de ménopause. »

JOANN MANSON
(professeure à l'université Harvard, États-Unis)

Ménopause

Grec ancien :

μήν **Mois**

παῦσις **Repos**

Préface

La ménopause est la période de la vie d'une femme qui suit l'arrêt de la fonction ovarienne. En moyenne, elle débute à 51 ans. J'ai écrit ce livre car, d'après mon expérience professionnelle, il existe de nombreuses idées fausses sur la ménopause. Certaines femmes ne ressentent aucun symptôme, mais beaucoup éprouvent des désagréments, des inquiétudes et des craintes. La ménopause représente plus d'un tiers de la vie d'une femme. Un ouvrage documenté, apportant un maximum de réponses aux questions sur la ménopause, peut – je l'espère – dissiper une grande partie de ces incertitudes. Un bon accompagnement pendant la ménopause peut améliorer considérablement la qualité de vie. La science a déjà mené de nombreuses recherches sur la ménopause, ce qui nous a permis de réaliser des progrès significatifs pour rendre la vie des femmes aussi agréable que possible, de manière responsable et sûre. Car, soyons clairs : faites de la ménopause une période merveilleuse de votre vie, une période où vous avez encore l'énergie et la forme physique pour profiter pleinement de la vie.

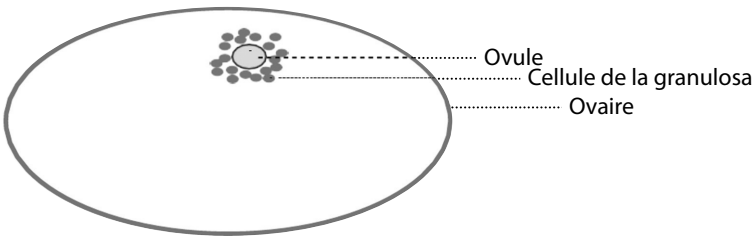
Avec l'âge, nous sommes tous confrontés à de nouveaux défis, c'est indéniable. L'idée qu'il ne faut pas manipuler la nature n'est plus d'actualité, étant donné que nous vivons bien plus longtemps que nos ancêtres. Il est donc important de privilégier la prévention en adoptant un mode de vie aussi sain que possible. Dans ce livre, nous sommes heureux de vous aider à y parvenir. Si des problèmes et des troubles de santé surviennent, vous trouverez des solutions pratiques et scientifiquement validées. Vous serez ainsi mieux informée lorsque vous demanderez conseil ou soutien à votre médecin ou à un spécialiste de la ménopause. En tant que médecin, je suis en contact quotidien avec des patientes. En tant que chercheur, je participe à de nombreuses études et publications scientifiques. Je donne également régulièrement des conférences à des médecins et à des groupes de femmes. Grâce à toutes ces interactions, j'ai beaucoup appris sur ce qui est important pour les femmes. Avec ce livre, j'espère offrir à toutes les femmes des informations pratiques et accessibles.

Cette réimpression, sept ans après la première édition, intègre des perspectives nouvelles et actuelles.

Prof. Dr. Herman Depypere

La ménopause, qu'est-ce que c'est ?
(Et de quoi s'agit-il exactement ?)

La ménopause est la période de la vie d'une femme où la fonction ovarienne cesse. Par « arrêt de la fonction », on entend la cessation de la production des hormones sexuelles féminines, l'œstradiol et la progestérone.
Pendant la période de fertilité, ces hormones sont produites par les cellules de la **granulosa**, des cellules nourricières qui entourent les ovules. Vers l'âge de 51 ans, lorsque les ovaires n'ont plus d'ovules, il n'y a plus de cellules de la granulosa et la production d'hormones féminines s'arrête presque complètement. Cela a un impact considérable sur l'ensemble du corps. Les **œstrogènes**, les hormones féminines, régulent **des centaines de processus** dans divers tissus de l'organisme. Dès l'arrivée de la ménopause et la chute du taux d'œstrogènes, de nombreux organes, comme les seins, les os, la peau, les vaisseaux sanguins, le cerveau, le vagin et la vessie, subissent des changements importants.



Légende : Dans l'ovaire, les ovules sont entourés de cellules de la granulosa qui les nourrissent. Chaque mois, un ovule arrive à maturité puis est libéré lors de l'ovulation. Pendant la maturation ovocytaire, le nombre de cellules de la granulosa augmente significativement, ce qui s'accompagne d'une hausse de la production d'œstrogènes.

QUELS SONT LES EFFETS DE LA MÉNOPAUSE ?

Environ un quart des femmes présentent peu ou pas de symptômes

La transition vers la ménopause et la ménopause elle-même varient considérablement d'une femme à l'autre : environ 23 % des femmes ne ressentent aucun symptôme pendant cette période. Malgré tout, il est important de bien s'informer sur les changements corporels potentiels liés à la ménopause.

Je vous conseille d'être attentive aux quatre possibles changements subtils suivants :

- Votre taux de cholestérol peut augmenter subtilement dans le sang sans que vous ne vous en aperceviez.
- Vos os, surtout si vous êtes de constitution mince, peuvent s'affaiblir. Ceci est dû à l'accélération de la perte osseuse causée par la chute des œstrogènes.
- La paroi vaginale peut s'amincir progressivement car la réparation et la croissance des tissus ralentissent. Après quelques années, vous pouvez ressentir une sensation de brûlure, parfois aggravée par les rapports sexuels. Cette sensation est souvent confondue avec une mycose vaginale, ce qui conduit de nombreuses femmes à s'automédiquer et à commencer un traitement antifongique. Ce traitement apporte un certain soulagement, non pas grâce à son effet antifongique, mais plutôt grâce à l'effet hydratant de la crème.
- Vous pouvez développer une hypertension artérielle. L'hypertension non traitée est une cause majeure de maladies vasculaires.

Il est donc fondamental et utile de bien s'informer sur la manière de maîtriser au mieux les facteurs de risque de certaines maladies en modifiant son mode de vie. Par exemple, une activité physique régulière réduit le risque de maladies vasculaires, d'ostéoporose et de cancer du sein.

> « Faire plus d'exercice
> réduit le risque de maladies vasculaires,
> d'ostéoporose et de cancer du sein. »

Plus des trois quarts des femmes présentent des symptômes, et 40 % en ont plus de trois

La grande majorité des femmes ressentent des symptômes, parfois plus de deux ou trois, mais on en parle rarement… De plus, une vaste enquête en ligne publiée dans la revue scientifique *Maturitas* en 2016 a révélé que 40 % des près de 700 Belges interrogées, âgées de 45 à 60 ans et présentant plus de trois symptômes, ne reçoivent aucun traitement. Parmi les symptômes typiques, on retrouve : bouffées de chaleur (jour et nuit), fatigue, difficultés de concentration, troubles du sommeil, raideurs musculaires et articulaires, baisse de la libido, baisse d'énergie et sécheresse vaginale et des autres muqueuses. C'est vraiment dommage, car ces symptômes peuvent être traités.

Combien de femmes présentent des symptômes et quels sont les principaux symptômes rapportés ?

- 23 % des femmes ne présentent aucun symptôme. Parmi les 696 femmes interrogées, âgées de 45 à 60 ans, 77 % présentent des symptômes. La répartition des symptômes ne dépend pas de l'âge, du niveau d'études ni de la profession.
- 40 % des femmes présentant plus de trois symptômes n'ont pas reçu de traitement.
- La fatigue (66 %) et les douleurs musculaires et articulaires (66 %) sont les principaux symptômes rapportés. Des sueurs nocturnes (30 %) et des bouffées de chaleur diurnes (33 %) sont présentes ou ont été présentes.
- 46 % des femmes ont des troubles du sommeil. 17 % en ont eu.
- 30 % constatent une baisse de la libido et 25 % souffrent de sécheresse vaginale.

Extrait de : « Faire face aux symptômes de la ménopause : une enquête en ligne auprès de femmes belges ménopausées ». Herman Depypere (université de Gand) *et al.*, publié dans la revue scientifique internationale *Maturitas*, 2016.

OBJECTIF DE CE LIVRE : BRISER LES IDÉES REÇUES ET LES TABOUS

Dans ce livre, nous souhaitons vous fournir des informations fiables et précises sur ce qu'implique réellement la ménopause et sur les solutions possibles si vous en ressentez de nombreux symptômes. Cela vous aidera, en tant que femme, à retrouver confiance en vous et à comprendre ce qui est bon pour votre corps. Car, il est important de le souligner, un mode de vie sain (consommation d'alcool modérée, activité physique et sommeil suffisants) et une alimentation équilibrée sont essentiels.

De manière générale, deux constats s'imposent concernant la ménopause. Premièrement, de nombreuses **idées fausses** persistent sur la ménopause. Deuxièmement, la plupart des femmes **autodiagnostiquent** leur entrée en ménopause. Par conséquent, les symptômes ou les affections sont souvent mal pris en charge. Autrement dit, le secteur de la santé a encore des progrès à faire, mais la ménopause devrait être abordée plus ouvertement au travail (voir p. 63).

De nombreuses idées fausses et tabous persistent autour de la ménopause

Cela se comprend aisément, étant donné qu'il s'agit d'un phénomène relativement récent. L'allongement de l'espérance de vie a des conséquences : les femmes passent aujourd'hui un tiers de leur vie en ménopause. La situation était différente il y a un siècle : au début du XX^{e} siècle, l'âge moyen d'une femme était de 50 ans ; une ménopause prolongée était alors impensable. Aujourd'hui, deux générations plus tard, l'espérance de vie moyenne des femmes occidentales dépasse les 80 ans, soit une augmentation considérable. En Belgique et aux Pays-Bas, l'espérance de vie atteint presque 84 ans.

QUE SAVENT LES FEMMES DE LA MÉNOPAUSE ?

L'enquête en ligne mentionnée précédemment (*Maturitas*, 2016) a également montré que :

- Presque toutes les femmes (98 %) connaissent le terme « ménopause », quel que soit leur niveau d'études.
- 61 % pensent que la ménopause est une phase temporaire : 17 % pensent qu'elle dure un ou deux ans, et 44 % pensent qu'elle dure de trois à cinq ans. Seules 39 % des femmes ménopausées savent que la ménopause est permanente.

En résumé : presque toutes les femmes connaissent le terme « ménopause », mais plus de la moitié pensent qu'il s'agit d'une phase temporaire.

« Il existe encore de nombreuses idées fausses et de nombreux tabous autour de la ménopause : par exemple, pas moins de 61 % des femmes pensent que la ménopause est quelque chose de temporaire, alors qu'il s'agit d'une phase qui ne disparaîtra pas. »

LES DEUX PLUS GRANDES IDÉES FAUSSES SUR LE CANCER DU SEIN

1. **Le cancer du sein est la première cause de mortalité chez les femmes :** c'est faux. Grâce au Dr Vaneycken de la Fondation du registre du cancer[1], nous disposons de chiffres précis. Chaque année, environ 10 690 femmes en Belgique reçoivent un diagnostic de cancer du sein. Dans 80 % des cas, la maladie ne récidive pas après le traitement. Si nous pouvions détecter le cancer du sein encore plus tôt, le nombre de survivantes augmenterait encore davantage. Nous savons que pour les tumeurs de moins de 1 cm, le taux de survie dépasse 95 % dès la détection. La question la plus importante est bien sûr : comment prévenir le cancer du sein ? Et si j'en suis atteinte, comment puis-je en guérir ? Nous aborderons ces questions en détail au chapitre 6. Mais pour revenir aux idées fausses concernant les principales causes de décès, nous pouvons nous référer aux chiffres belges du Dr Vaneycken sur le cancer du sein : en Belgique, environ 3,2 femmes sur 100 meurent d'un cancer du sein. Si on compare ce risque à celui de décès par maladie cardiovasculaire, on constate que ce dernier est 10 fois supérieur à celui de décès par cancer du sein. Au final, 33 femmes sur 100 meurent de maladies cardiovasculaires dans les pays européens. La Belgique et les Pays-Bas font partie des pays à faible risque. La Bulgarie, quant à elle, présente un risque élevé de décès par maladie cardiovasculaire. On observe également davantage de décès par ostéoporose que par cancer du sein.

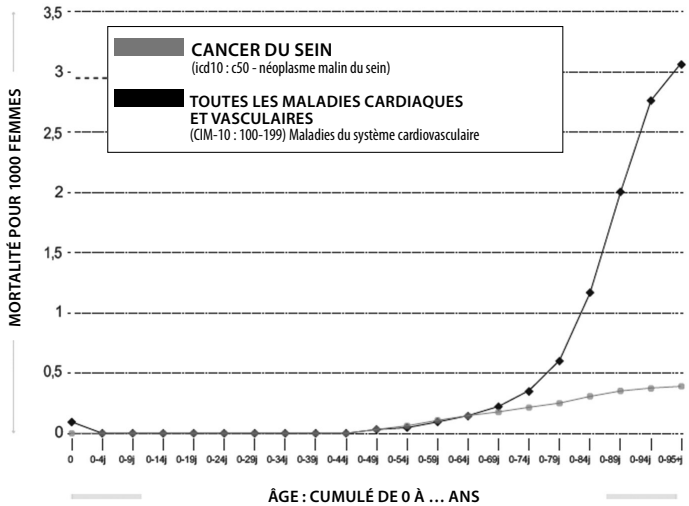
Des études suggèrent qu'une femme sur 10, voire une sur 9, dans le monde occidental développera un cancer du sein. Ce chiffre doit être replacé dans son contexte. Un quart des cancers du sein sont diagnostiqués avant l'âge de 50 ans. Les trois quarts des cancers du sein surviennent chez les femmes de plus de 50 ans. En moyenne, le risque de détection d'un cancer du sein (et non de décès) chez les femmes de plus de 50 ans est de 2,5 cancers du sein par an pour 1 000 femmes.

Si l'on compare l'espérance de vie des années 1900 – les femmes n'atteignaient même pas 50 ans – avec l'espérance de vie actuelle – supérieure à 84 ans –, on constate que nous vivons aujourd'hui

[1] Stichting Kankerregister. (Note de l'éditeur – NdE)

environ 35 ans de plus qu'en 1900. En multipliant ces 35 ans par les 2,5 cancers du sein par an pour 1 000 femmes, on peut calculer que plus de 87 cancers du sein pour 1 000 femmes seront encore diagnostiqués, du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Ce chiffre de 87 représente déjà près de 100 pour 1 000, soit une femme sur 10, qui développe un cancer du sein dans le monde occidental. Par ailleurs, en Belgique, chaque femme atteinte d'un cancer du sein est scrupuleusement enregistrée. Dans les pays où l'enregistrement est moins rigoureux, il est fort possible que le nombre de cancers du sein soit sous-estimé, car les autorités n'enregistrent pas les cas.

Comme mentionné précédemment, le pronostic du cancer du sein est généralement bon. Le diagramme ci-dessous illustre le taux de mortalité par cancer du sein et le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires. Une multiplication par dix du risque de mortalité n'étant pas toujours significative, nous l'avons représentée graphiquement. Cela permet de visualiser très clairement cette multiplication. La courbe noire – le risque de décès par maladie cardiovasculaire – augmente de façon quasi verticale à partir de 60 ans, tandis que la courbe violette, représentant les décès par cancer du sein, progresse de façon très régulière et modérée.



Ce graphique illustre l'augmentation de la mortalité absolue pour 1 000 femmes (axe vertical). L'âge est indiqué sur l'axe horizontal. La courbe noire représente la mortalité par maladies cardiovasculaires. La courbe violette représente la mortalité par cancer du sein. Tableau réalisé par le professeur Koen Van Herck, Département de santé publique et de soins primaires, université de Gand. Source : Agence pour les soins et la santé. Statistiques sur les causes de décès (publication en ligne). Bruxelles (consulté le 16/01/2019). Disponible sur : www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.

> “ Le risque de décès par maladie cardiovasculaire est d'environ 33 %, soit 10 fois plus élevé que celui lié au cancer du sein. De plus, davantage de femmes meurent d'ostéoporose que de cancer du sein.„

2. **L'hormonothérapie provoque le cancer du sein**. C'est peut-être la préoccupation la plus courante. Le cancer du sein se développe lorsqu'une cellule du tissu mammaire présente plusieurs anomalies dans son matériel génétique. Si une anomalie (mutation) survient dans le matériel génétique, elle est normalement détectée par la cellule avant sa division. Ainsi, l'anomalie est corrigée et la cellule fille n'en sera plus porteuse. Si l'anomalie n'est pas corrigée, toutes les cellules issues de cette division la transmettront. Si une nouvelle anomalie (seconde anomalie) apparaît dans une telle cellule, les divisions suivantes donneront naissance à une cellule fille présentant deux anomalies. Si plusieurs anomalies persistent dans la même cellule, celle-ci commencera à se comporter anormalement. Le contrôle du rythme de division est perturbé, le contrôle normal de la détection des anomalies est défaillant et la programmation des contacts intercellulaires normaux est altérée (voir le chapitre 6, page 175 pour plus de détails). De cette manière, différents systèmes de contrôle peuvent tomber en panne et la cellule devient maligne. Cela signifie que la cellule se divise trop rapidement et inutilement, et n'interagit plus avec les autres cellules. La cellule commence à se comporter de manière **autonome**.

Le développement d'une cellule maligne prend généralement plusieurs décennies (sauf en cas de prédisposition génétique ou d'exposition aux radiations). La période entre les premières règles et la première grossesse constitue une phase particulièrement sensible aux mutations. Une grossesse tardive ou l'absence d'enfant représentent un facteur de risque avéré de cancer du sein plus tard dans la vie. Généralement, plusieurs décennies s'écoulent entre l'apparition de la première cellule maligne et sa détection (par palpation ou mammographie). Si une femme est ménopausée, il est possible qu'elle présente quelques cellules malignes dans son sein. Ces amas cellulaires se divisent généralement une fois tous les 150 à 200 jours. Pour qu'une seule cellule maligne donne naissance à une tumeur d'un centimètre, 29 divisions cellulaires sont nécessaires.

Une division binaire correspond au passage d'une cellule à deux. La division binaire suivante correspond au passage de deux cellules à quatre, et ainsi de suite.

Le cancer du sein est donc un processus de longue durée. La prise d'hormones pendant la ménopause ne provoque pas de cancer du sein ; tout au plus, elle entraîne une légère augmentation de la division cellulaire. Cette augmentation est comparable à celle induite par une prise de poids de cinq kilos ou la consommation de deux verres d'alcool par jour. L'une des études les plus importantes sur la prise d'hormones et le cancer du sein a montré que 96 % des tumeurs étaient déjà présentes avant le début du traitement hormonal. Cette étude a également montré qu'après 18 ans de suivi, le risque de décès par cancer du sein était identique à celui du groupe témoin n'ayant pas pris d'hormones. De plus, cette étude a été menée avec d'anciennes hormones de synthèse à forte dose. Les études réalisées avec des hormones naturelles bio-identiques – c'est-à-dire des hormones ayant exactement la même formule chimique que les hormones produites par le corps – ne montrent pratiquement aucune différence par rapport aux patientes témoins n'ayant pas pris d'hormones. Il serait évidemment préférable que les femmes soient moins souvent atteintes d'un cancer du sein, qu'elles suivent un traitement hormonal ou non. Ces dernières années, des avancées intéressantes ont permis de réduire le risque de cancer du sein. Vous trouverez plus d'informations sur l'hormonothérapie et le cancer au chapitre 8.

“ En général, plusieurs décennies s'écoulent entre l'apparition de la première cellule maligne et sa détection (par palpation ou mammographie). La prise d'hormones de synthèse pendant la ménopause ne provoque pas de cancer du sein ; tout au plus, elle entraîne une légère augmentation de la division cellulaire. Cette augmentation est du même ordre de grandeur que celle induite par une prise de poids de cinq kilos ou la consommation de deux verres d'alcool par jour. Une des études les plus importantes sur le lien entre hormones et cancer du sein a montré que 96 % des tumeurs étaient déjà présentes avant le début du traitement hormonal.„

La ménopause est souvent mal diagnostiquée

Aujourd'hui, c'est souvent la femme elle-même qui prend conscience de son entrée en ménopause : une femme sur trois suggère à son médecin qu'elle est ménopausée, s'auto-diagnostiquant ainsi. De ce fait, des médicaments inadaptés (somnifères, antidépresseurs, etc.) sont parfois prescrits sans que la cause sous-jacente soit correctement traitée.
L'enquête en ligne mentionnée précédemment (*Maturitas*, 2016) a révélé que 12 % des femmes s'étaient vu prescrire un antidépresseur ou un somnifère. Cela signifie que, dans ces cas, le diagnostic correct – la ménopause – n'a pas été posé et que la femme a donc été traitée de manière inappropriée pour l'un de ses symptômes. Ce constat n'est pas seulement le nôtre, mais également celui de trois médecins femmes reconnues, spécialistes de la ménopause.

> « Toute une génération de femmes a été privée d'un traitement hormonal efficace contre les symptômes de la ménopause en raison d'une communication insuffisante ou erronée concernant l'utilisation des hormones. »
>
> JOANN PINKERTON (présidente de la North American Menopause Society)

> « De nombreux jeunes médecins ont cessé de se former sur l'utilisation des hormones pendant la ménopause après la publication de l'étude WHI[2] en 2002. »
>
> CYNTHIA STUENKEL (interniste et endocrinologue à l'université de Californie)
>
> Note de la rédaction : L'étude WHI est une étude de grande envergure menée auprès de plus de 26 000 femmes, dont la moitié a reçu des hormones et l'autre moitié un placebo. Ni les médecins ni les participantes ne savaient si elles prenaient des hormones ou un placebo. L'étude est expliquée en détail au chapitre 7.

> « En 2020, plus de 50 millions d'Étasuniennes avaient plus de 51 ans. Pourtant, nombreuses sont celles qui peinent encore à trouver un médecin suffisamment expérimenté pour leur prescrire des hormones, et encore moins pour traiter efficacement leurs symptômes de ménopause. »
>
> JOANN MANSON (professeure à l'université Harvard, États-Unis)

[2] Pour « Women Health's Initiative » ou Initiative pour la santé des femmes. (NdE)

QU'EST-CE QUI EST NORMAL ET QU'EST-CE QUI NE L'EST PAS ?

C'est clair : la ménopause reste entourée de nombreuses incertitudes et de nombreux traitements inadaptés sont encore prescrits.
Bien sûr, il ne faut pas compliquer les choses : si vous vous sentez bien et que vous n'avez aucun symptôme, il n'est pas nécessaire de changer quoi que ce soit. Avec ce livre, nous souhaitons apporter des réponses claires sur ce qui est « normal » et sur le moment opportun pour consulter un médecin en cas de problème particulier. Il serait dommage de souffrir de douleurs ou d'autres symptômes qui aggravent votre état. Les femmes passent un tiers de leur vie en ménopause, alors autant faire en sorte que cette période soit la plus agréable possible…
Le message principal que nous souhaitons transmettre dans ce livre est que, en tant que femme, vous pouvez prendre votre vie en main, même pendant la ménopause.

“Aime ton corps„

“Relax : on vit toutes la même chose„

CHAPITRE 1

La (r)évolution de la femme

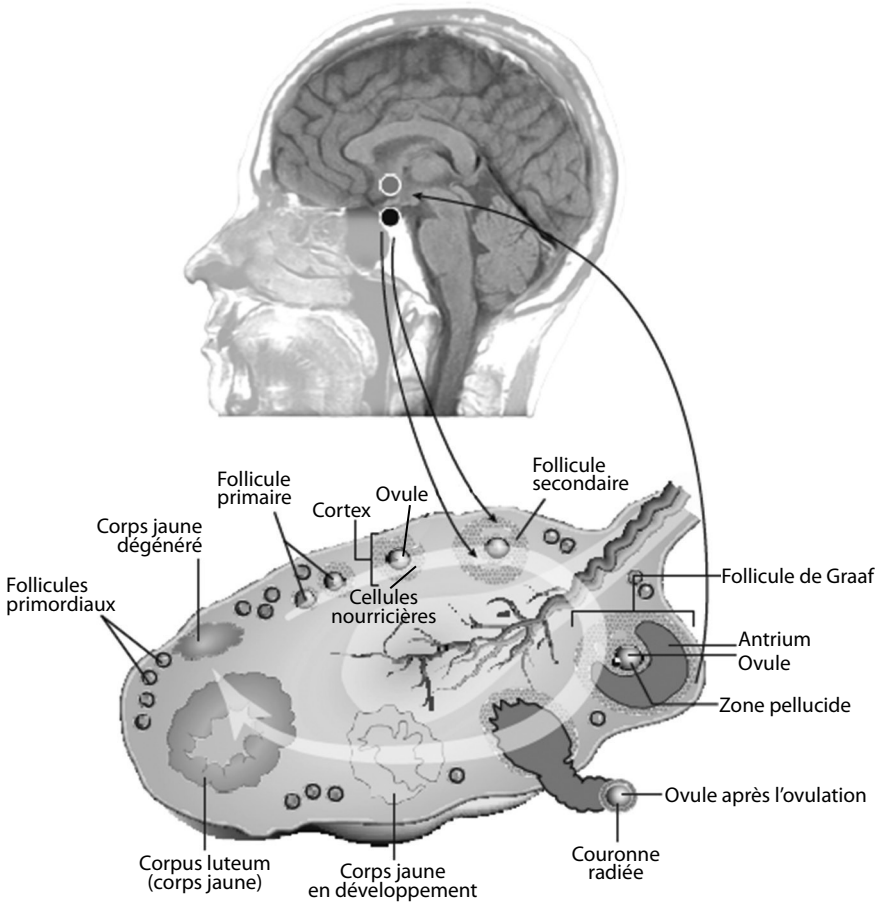
Administrez à un homme une injection qui bloque sa production de testostérone pendant trois mois : l'effet est immédiat ! Voilà à quel point les hormones ont un impact sur l'ensemble du corps. Savoir que l'une des hormones les plus importantes disparaît chez la femme après la ménopause permet de mieux comprendre leur rôle crucial dans le fonctionnement global du corps et l'importance de ne pas prendre les symptômes à la légère. Soyons vigilants : informons-nous et prenons conscience qu'en tant que femme, vous aussi avez le droit de rester fortes, même pendant la ménopause.

Dans ce chapitre, nous expliquons brièvement le fonctionnement des hormones, et plus particulièrement de l'hormone féminine, et nous retraçons brièvement l'histoire de la contraception féminine. Nous montrons pourquoi la pilule a été une véritable révolution pour les femmes et pourquoi les progrès de la médecine, notamment l'amélioration des traitements hormonaux, peuvent également être déterminants pour les femmes ménopausées. Une seconde émancipation grâce aux hormones ? Absolument !

LES HORMONES, UNE INTERACTION IMPRESSIONNANTE AVEC LE CERVEAU

Une **hormone** est une substance chimique produite par une **glande endocrine**, comme la thyroïde, les ovaires, l'hypophyse (située à la base du cerveau), le cortex surrénalien, l'hypothalamus (un centre de régulation important situé à la base du cerveau), la partie du pancréas sécrétant l'insuline et les testicules. Le terme « endocrine » signifie que la glande sécrète ses substances chimiques (hormones) dans la circulation sanguine. L'hormone atteint ensuite son organe cible par voie sanguine. Dans une glande exocrine, les substances sont sécrétées à l'extérieur du corps. Parmi les exemples de glandes exocrines, on peut citer les glandes sudoripares, qui sécrètent la sueur dans la peau, les glandes salivaires, qui sécrètent la salive dans la cavité buccale, et les glandes sébacées, qui produisent le sébum dans la tige pilaire pour maintenir la souplesse des cheveux.
L'impact des hormones sur la vie d'une femme est considérable. Les hormones régulent de nombreux processus importants dans l'organisme, dont la préparation à la reproduction est le plus connu et sans doute le plus évident. Mais des centaines d'autres processus se déclenchent sous l'influence des hormones. Autrement dit, un déséquilibre hormonal a des répercussions sur l'ensemble de l'organisme.

Dès la puberté, la femme subit des fluctuations hormonales mensuelles qui ont un impact sur son bien-être physique et émotionnel : saignements menstruels, émotions plus intenses, fatigue pendant les règles et regain d'énergie autour de l'ovulation… En bref, il s'agit d'une **interaction remarquable entre l'hypothalamus** (le tissu cérébral situé près de l'hypophyse), **l'hypophyse et les ovaires**. L'hypothalamus, situé au centre du cerveau, régule de nombreuses fonctions vitales telles que la soif et la faim, le rythme veille-sommeil, l'excitation sexuelle, la température corporelle… et constitue également un centre de contrôle pour de nombreuses glandes endocrines. **À la base de l'hypothalamus se trouve l'hypophyse**, une petite glande endocrine. Sa **partie antérieure** joue **un rôle essentiel dans le cycle menstruel** en sécrétant **deux hormones**, la **FSH** et la **LH** (voir ci-dessous). Ces deux hormones contrôlent directement les **cellules de la granulosa**, les cellules où sont produits les œstrogènes.



Légende de la figure : L'hypothalamus (point violet) sécrète une hormone (GnRH) dans l'hypophyse (point noir). L'hypophyse réagit en libérant des hormones (FSH, LH) qui stimulent l'ovaire par voie sanguine. L'hormone FSH (hormone folliculo-stimulante) stimule la division des cellules de la granulosa, qui entourent l'ovule. L'hormone LH (hormone lutéinisante) stimule la division des cellules de la thèque, qui entourent les cellules de la granulosa, et joue également un rôle important dans l'ovulation. Le développement des cellules de la granulosa et de la thèque est induit par les hormones FSH et LH.

LE CYCLE FÉMININ EN BREF

Chaque mois, le même processus se répète.

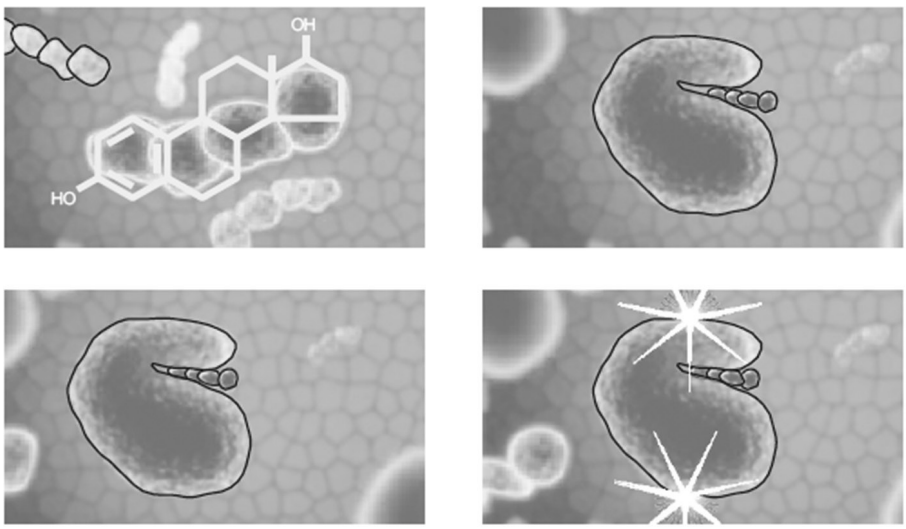
- Plusieurs **follicules immatures** (**ovules entourés de plusieurs couches de cellules de la granulosa**; une femme en possède entre 250 000 et 400 000 par ovaire) entament leur maturation spontanée. Si ce processus se produit en début de cycle, c'est un signe positif, car le taux de FSH dans le sang augmente. *Cette hormone folliculo-stimulante (FSH)* favorise la croissance des follicules. Le nombre de couches de cellules de la granulosa augmente. Après quelques jours, de petites quantités de liquide se forment entre les cellules de la granulosa. Ce liquide finit par se condenser, et l'ovule est repoussé contre la paroi de cette accumulation de liquide. Le follicule est devenu une vésicule contenant l'ovule et les cellules de la granulosa qui l'entourent, où est produite l'œstrogène, hormone féminine. Cet œstrogène passe dans le sang et atteint l'hypophyse et l'hypothalamus, ce qui inhibe la production de FSH. En raison de la diminution du taux de FSH, seul le follicule le plus développé (celui qui contient le plus de cellules de la granulosa) poursuivra son développement. Ainsi, à partir de la puberté, un seul follicule parviendra à maturité et se transformera en corps jaune chaque mois, tandis que des centaines d'autres disparaîtront.
- Le follicule le plus volumineux, ou follicule de Graaf, se transforme en une vésicule remplie de liquide de plus de 20 millimètres de diamètre. Les cellules de la granulosa produisent alors de grandes quantités d'œstrogènes, ce qui stimule l'hypophyse et induit la production d'une quantité importante de LH.
- *L'hormone lutéinisante (LH)* déclenche **l'ovulation**. Après l'ovulation, le follicule de Graaf se transforme en corps jaune, qui produit la progestérone, hormone stimulant la muqueuse utérine en vue de la nidation de l'ovule fécondé.
- Si l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune cesse de produire de la **progestérone** au bout de deux semaines environ. La muqueuse utérine, n'étant plus soutenue, est éliminée lors des menstruations. La chute des hormones œstrogènes et progestérone lève l'inhibition de l'hypophyse. Les nouveaux follicules primordiaux, ayant repris leur développement, sont alors de nouveau stimulés par la FSH. Ces nouveaux follicules produisent des œstrogènes, ce qui entraîne l'arrêt des menstruations et la reconstitution de la muqueuse utérine.

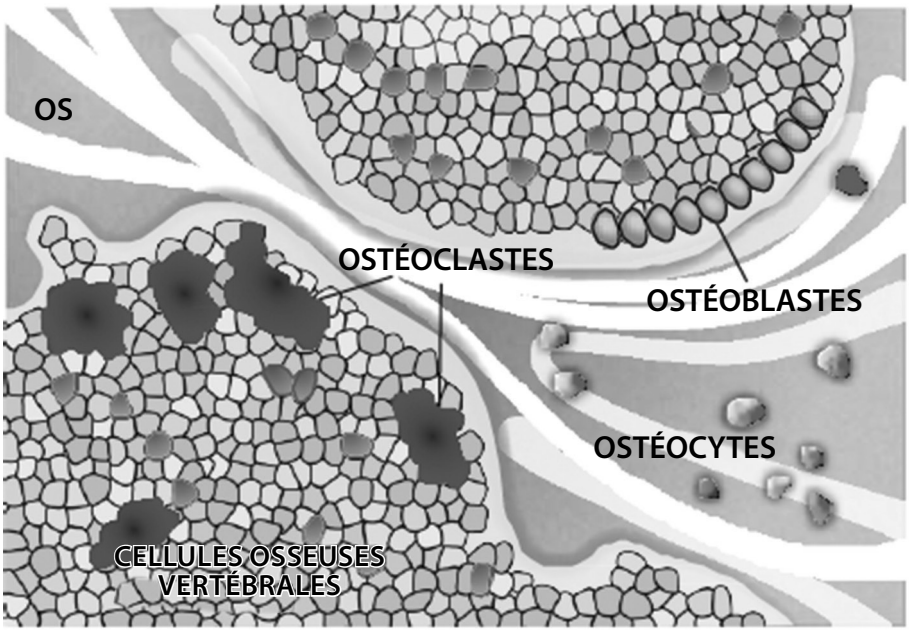
♀ 2 faits concernant les œstrogènes

- L'œstrogène, l'hormone féminine, est produite dans l'ovaire, au niveau des cellules de la granulosa, les cellules qui entourent l'ovule.
- Plusieurs enzymes produisent d'abord l'hormone mâle (testostérone) à partir du cholestérol, qui est ensuite convertie en hormone féminine.

POURQUOI LES ŒSTROGÈNES SONT-ILS SI IMPORTANTS POUR NOTRE ORGANISME ET QUEL EST LEUR EFFET SUR L'ADN ?

Les œstrogènes influencent des **processus importants** dans l'organisme. On peut comparer les œstrogènes à une clé qui, lorsqu'on la tourne, déclenche une série de réactions, tout comme on tourne une clé pour démarrer sa voiture. Les œstrogènes agissent comme des messagers ; ils sont produits dans un organe puis agissent sur un autre organe par la circulation sanguine. La structure chimique de l'œstrogène est représentée en blanc dans l'illustration suivante ; la figure représente sa structure tridimensionnelle.





Les illustrations montrent le parcours de l'hormone et comment elle déclenche des processus cellulaires essentiels dans l'organisme.

1. Après sa production par les cellules de la granulosa, l'œstradiol (œstrogène standard) pénètre dans la **circulation sanguine**.
2. La quasi-totalité de l'œstradiol se lie immédiatement à des **protéines de liaison**. Seul 1 % de l'œstradiol reste libre et peut diffuser (pénétrer) librement dans toutes les cellules de l'organisme (peau, follicules pileux, paroi vaginale, paroi des vaisseaux sanguins, os, muqueuse utérine, paroi de la vessie, cerveau, etc.).
3. Une fois **à l'intérieur de la cellule**, l'œstradiol se lie à des récepteurs situés dans le noyau. Si l'œstradiol est fixé au récepteur (comme une clé dans une serrure), le récepteur change de conformation.
4. Ceci permet au complexe **œstradiol-récepteur de se lier à un autre complexe œstradiol-récepteur**. L'ensemble forme alors un double complexe.
5. Ce **double complexe** peut maintenant **se lier directement au matériel génétique, ou ADN**. Des coactivateurs (qui optimisent le fonctionnement du complexe récepteur et accélèrent la transcription de l'ADN) et des corépresseurs (qui inhibent la transcription et la ralentissent) se lient également à ce complexe. On peut comparer ce mécanisme à une pédale d'accélérateur et une pédale de frein dans une voiture.

6. Le complexe récepteur, associé aux coactivateurs (pédale d'accélérateur) et aux corépresseurs (pédale de frein), assure la transcription des fragments d'ADN. Ainsi, des copies du matériel génétique sont produites. Ces copies sont de l'ARN, qui sert ensuite à la synthèse des protéines. L'œstradiol, par un système complexe, produit des copies de fragments de notre matériel génétique (à l'instar d'une photocopieuse qui reproduit les pages d'un livre). Des protéines sont ensuite synthétisées à partir de ces copies. Ces protéines permettent la production d'enzymes, qui à leur tour synthétisent les éléments constitutifs essentiels des cellules.

♀ 6 processus importants influencés par les œstrogènes

1. Dans les cellules de la peau, les œstrogènes produisent des substances qui permettent leur division, assurant ainsi une épaisseur cutanée suffisante.
2. Au niveau osseux, les œstrogènes ralentissent l'activité des cellules responsables de la résorption osseuse, maintenant ainsi l'équilibre entre formation et résorption osseuses.
3. Dans la paroi vaginale, les œstrogènes favorisent la production de substances permettant une régénération cellulaire optimale. Ceci maintient l'épaisseur de la paroi vaginale et une acidité optimale. Les cellules superficielles du vagin contiennent beaucoup de glycogène (un type de sucre). Lors de leur desquamation, ce glycogène est libéré dans le vagin. Ce sucre est transformé en une substance acide par les bactéries vaginales. L'acidité vaginale constitue une excellente protection contre les infections.
4. Dans les cellules du follicule pileux, les œstrogènes assurent une croissance optimale des cheveux.
5. Au niveau du foie, la production de certaines apoprotéines est stimulée, ce qui entraîne une diminution du cholestérol LDL (mauvais cholestérol) dans le sang.
6. L'intérieur des vaisseaux sanguins est tapissé de cellules endothéliales. Ces cellules lisses et régulières assurent une surface interne lisse aux vaisseaux sanguins, permettant ainsi une circulation sanguine fluide. Les cellules endothéliales contiennent également des récepteurs, littéralement « récepteurs », d'œstrogènes. En présence d'œstrogènes, ces cellules sont stimulées à produire une substance qui dilate les vaisseaux sanguins. Ceci entraîne une relaxation des vaisseaux et une meilleure circulation sanguine.

Des centaines de processus sont influencés par les œstrogènes.