

Fiche d'information aux patientes, éditée par la Société Française de Ménopause - GEMVI
Mise à jour Avril 2025

Madame,

La Société Française de Ménopause - Groupe d'Etude de la Ménopause et du Vieillessement hormonal (SFM-GEMVI) vous propose une information concernant la ménopause, ses effets et son éventuel traitement. Après lecture de ce document, notez les questions que vous poserez à votre médecin, seul habilité à répondre à vos interrogations personnelles.

LA PRISE EN CHARGE DE LA MENOPAUSE

Qu'est-ce que la ménopause ?

La ménopause correspond à l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire qui survient en moyenne vers l'âge de 50-52 ans en France et qui se traduit par l'arrêt des règles et la perte de la fonction de reproduction. Pour parler de ménopause « installée », il est nécessaire d'attendre 1 an après l'arrêt des règles.

La périménopause est la période qui précède l'arrêt des règles, et peut se prolonger jusqu'à un an après les dernières règles. Pendant cette période, les cycles se raccourcissent, puis s'allongent, deviennent irréguliers. Les signes fonctionnels de ménopause peuvent apparaître pendant cette période qui peut durer parfois plusieurs années avant la ménopause confirmée.

L'insuffisance ovarienne prématuré (IOP) anciennement appelée ménopause précoce correspond à un arrêt de fonctionnement des ovaires avant l'âge de 40 ans. Parfois, l'ovaire peut refunctionaliser pendant des périodes courtes après le début de la ménopause. C'est ce que l'on appelle la résurgence folliculaire (reprise transitoire de l'activité ovarienne).

La ménopause avancée est définie par une ménopause survenant entre 40 et 45 ans.

La ménopause tardive est définie par un âge de ménopause après 55 ans.

Qu'appelle-t-on syndrome climatérique ?

C'est l'association de symptômes en lien avec l'arrêt du fonctionnement ovarien, mais certains de ces symptômes peuvent débuter quelques années avant la ménopause installée.

Il existe 4 signes cliniques principaux et d'autres signes non spécifiques.

1. **Les bouffées vaso-motrices (BVM)** ou bouffées de chaleur. Elles peuvent survenir au cours de la journée ou de la nuit. Elles sont caractérisées par une sensation de chaleur, plus ou moins intense, de tout le corps et s'étendant particulièrement au cou et à la face avec apparition de rougeurs et de sueurs.

2. **Les sueurs nocturnes** peuvent survenir de façon isolée sans bouffées de chaleur. Elles ont tendance à réveiller la femme et entraînent donc

des troubles invalidants du sommeil. Elles s'associent à une sensation de chaleur

3. Les troubles génito-urinaires avec essentiellement, la sécheresse vulvo-vaginale. Ces signes surviennent et s'aggravent avec la durée de la ménopause et occasionnent des douleurs lors des rapports sexuels et par voie de conséquence, une diminution du plaisir et du désir. La femme peut également se plaindre de troubles urinaires : infections et irritations urinaires, pertes d'urine à l'effort ou des besoins urgents d'uriner. L'ensemble de ces symptômes est maintenant désigné par le terme syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)

4. Les douleurs articulaires sont également fréquentes. Elles peuvent toucher toutes les articulations, particulièrement les petites articulations. Elles sont souvent fluctuantes dans le temps et plus marquées le matin (ou après immobilisation, par exemple en position assise) avec un dérouillage matinal et une amélioration avec l'activité physique.

D'autres symptômes peuvent être retrouvés mais sont moins spécifiques. Une baisse de la libido (désir sexuel) est fréquente et une peau plus sèche est aussi souvent notée. D'autres signes peuvent résulter d'un effet dit « domino », secondaires aux réveils nocturnes, engendré par les BVM. Ce sont les troubles du sommeil, l'asthénie, la perte d'attention, la tendance dépressive, les pertes de mémoire, les troubles de l'humeur, le caractère irritable.

La ménopause s'accompagne par ailleurs, la plupart du temps, d'une redistribution des graisses qui ont tendance à se localiser sur le ventre, avec prise de poids qui débute souvent avant la ménopause confirmée, d'où l'importance de mesures de prévention (alimentaires et exercice physique).

Quel est l'impact de la ménopause sur la santé ?

En début de ménopause, ce sont essentiellement les signes fonctionnels indiqués ci-dessus qui prédominent.

La carence hormonale en estrogènes a également d'autres effets qui, chez certaines femmes, peuvent favoriser la survenue de véritables maladies.

Il s'agit :

- d'une accélération de la perte osseuse. Elle expose la femme à un **risque accru d'ostéoporose et de fractures** ;

- d'une augmentation de la résistance à l'insuline avec **prédisposition au diabète de type II** ;

- du développement de l'athérome qui peut **favoriser la survenue d'une angine de poitrine, voire d'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral**.

A plus long terme, les conséquences de la ménopause peuvent donc être :

1. Le syndrome génito-urinaire de la ménopause qui s'aggrave avec la durée de la ménopause.

2. L'ostéoporose post-ménopausique : c'est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une diminution de la résistance osseuse entraînant un risque accru de fractures.

Elle touche une femme sur quatre après la ménopause. Les fractures les plus fréquentes sont les fractures vertébrales, celles du poignet (fracture de Pouteau-Colles), ainsi que plus tard dans la vie, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Des fractures des côtes ou de l'extrémité supérieure de l'humérus peuvent également survenir.

Le dépistage du risque d'ostéoporose est possible par la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par un examen d'ostéodensitométrie.

La possibilité de réaliser cette mesure de manière simple et non invasive a conduit à définir l'ostéoporose comme une diminution de la DMO de plus de 2.5 écarts-types de la valeur maximale d'une femme jeune (T-score). On parle ainsi d'ostéoporose « densitométrique » lorsque le T-score $\leq - 2,5$ sur au moins 1 des 2 sites osseux mesurés, colonne lombaire et/ou col du fémur en gardant le terme d'ostéoporose « fracturaire » en cas de fracture après faible traumatisme.

Les risques sont plus importants si vous abordez votre ménopause avec déjà une DMO diminuée et/ou si vous avez des facteurs de risque de fracture : si vous avez déjà fait une fracture ou avez un antécédent de fracture de hanche chez votre mère ou votre père, ou si vous êtes maigre. Un arrêt des règles prolongée de plus de 6 mois avant la ménopause ou une ménopause avant l'âge de 40 ans, la prise de certains traitements, sont également des facteurs de risque d'ostéoporose. Parlez-en à votre médecin qui saura vous orienter vers la réalisation d'une ostéodensitométrie.

3. Les maladies cardio-vasculaires : elles sont la conséquence de l'athérome, en particulier au niveau des artères du cœur, du cou ou du cerveau, ce qui vous expose à un risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral. .

Avant la ménopause la femme a moins de risque de faire un infarctus que l'homme. Après la ménopause, ce risque augmente, et rattrape celui de l'homme

Cette augmentation des maladies cardiovasculaires après la ménopause peut être en lien avec l'apparition de facteurs de risque vasculaire, liées à la fois à l'âge mais aussi à la carence en estrogènes. Ainsi, peuvent apparaître :

- Perturbations des graisses avec majoration du cholestérol total et de la fraction LDL qui représente le mauvais cholestérol et des triglycérides.

- Perturbations de la régulation de la glycémie avec risque de diabète et modification de la répartition des graisses

- Altérations directes de la paroi vasculaire : modifications de la résistance artérielle avec augmentation de la pression sanguine artérielle ; dysfonctionnements endothéliaux...

- Augmentation de la sédentarité
- Prise de poids chez certaines femmes
- Apparition d'une hypertension artérielle chez certaines femmes

Certaines études semblent confirmer l'effet favorable des traitements par estrogènes (THM) chez la femme ménopausée en prévention de l'athérome si ce traitement est donné précocement, dans la période dite de « **fenêtre d'intervention thérapeutique** », c'est à dire dans les 10 premières années de la ménopause. A l'inverse le THM peut être délétère passé ce délai ou chez les femmes à haut risque vasculaire.

4. L'altération des fonctions cognitives : la carence estrogénique est suspectée comme étant à l'origine d'une dégradation des fonctions cognitives après la ménopause (capacités de mémorisation, performances verbales, raisonnement abstrait) ainsi que dans la survenue de la maladie d'Alzheimer.

Il est cependant très difficile de faire la part de ce qui est attribuable à la ménopause et au vieillissement.

Une IOP et/ou une ménopause avancée s'accompagne d'un risque majoré de déclin cognitif et un traitement par les estrogènes au moins jusqu'à l'âge de 50 ans annule dans les

études épidémiologiques d'observation ce sur-risque.

Des études de même type suggèrent qu'un traitement hormonal administré précocement après le début de la ménopause pourrait diminuer le risque de maladie d'Alzheimer, mais nous ne disposons aujourd'hui d'aucune étude randomisée pour le démontrer avec certitude.

La prise en charge de la ménopause

Les règles hygiéno-diététiques : elles sont fondamentales.

- Il est recommandé d'arrêter le tabac et de limiter les boissons alcoolisées.

- Un régime pauvre en graisses et en sucres d'absorption rapide, riche en légumes verts, crudités, poisson et comportant 1 à 2 fruits/jour est conseillé.

- Un apport suffisant en calcium et vitamine D est également recommandé : la quantité de calcium est de 1000 à 1200 mg/j, en privilégiant la prise alimentaire avec 3 produits laitiers par jour et/ou une eau riche en calcium (Contrexeville, Hépar, Courmayeur).

Pour la vitamine D, une exposition au soleil de 15 à 30 mn/j peut suffire mais l'absorption cutanée diminue avec l'âge et compte tenu de la fréquence des déficits en vitamine D, un apport de 800 UI par jour ou de 50 000 de vitamine D3 par mois peut être conseillée, particulièrement durant les mois d'hiver.

- Une activité physique régulière est préconisée : idéalement, 30 à 45 minutes de marche rapide, 3 à 4 fois par semaine ou 2-3h d'exercice physique/semaine. Elle permet de limiter les risques de maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'ostéoporose et la prise de poids. Elle permet le maintien des muscles qui sont aussi un facteur de prévention des fractures et des chutes. Il semblerait que même une activité physique plus modérée et une lutte contre la sédentarité du quotidien soit aussi bénéfique.

Les traitements en dehors du traitement hormonal de la ménopause.

Pour les bouffées de chaleur, l'effet placebo améliore les symptômes dans 25% des cas, pouvant aller jusqu'à 70% pour certaines femmes.

Les préparations à base d'herbes ou de plantes, contenant des phyto-estrogènes peuvent être utilisées, mais la Haute Autorité de Santé a mis en garde contre les phyto-estrogènes en précisant qu'ils ne sont pas bien évalués. Les phyto-estrogènes ne doivent pas être utilisés en cas d'antécédent de cancer hormonodépendant (en particulier le cancer du sein).

Votre médecin peut vous proposer plusieurs types de traitement ayant été analysés scientifiquement. Ainsi, il peut être amené à vous proposer un autre traitement non hormonal, comme la clonidine, la gabapentine ou certains anti-dépresseurs (famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine). Ces traitements n'ont pas l'AMM pour le traitement des BVM mais ont montré dans différentes études, une efficacité supérieure à celle du placebo pour réduire la fréquence des symptômes vasomoteurs. Leur utilisation doit néanmoins prendre en compte leurs effets secondaires potentiels et être discuté au cas par cas. Pour ceux proposées dans le traitement des états dépressifs, l'effet positif sur les BVM s'explique par le rôle de la sérotonine qui est impliquée dans leur survenue. Leur action est lente et il faut souvent attendre 2 à 3 mois pour obtenir une efficacité maximale.

Il existe des alternatives non pharmacologiques, dont l'efficacité apparaît supérieure à celle du placebo. Il s'agit de l'hypnose, du yoga et de l'acupuncture.

En cas de contre-indication au THM qui reste le traitement le plus efficace, toutes ces alternatives non pharmacologiques ou pharmacologiques non hormonales peuvent être testées, sachant qu'il existe une grande variabilité entre les femmes.

Une nouvelle classe de médicament agissant au niveau cérébral sur la thermorégulation a montré son efficacité pour réduire de manière significative les BVM. Il s'agit des antagonistes sélectifs des récepteurs à la neurokinine, dont le 1^{er} représentant qui est un antagoniste du récepteur de la neurokinine3 est disponible pour le traitement des BVM en France depuis début avril 2025 (à ce jour, non remboursé).

Pour la sécheresse vaginale, les hydratants et lubrifiants vaginaux peuvent améliorer le confort sexuel. Les estrogènes par voie vaginale, habituellement deux fois par semaine, permettent de conserver la trophicité vulvo-vaginale et de lutter contre le syndrome uro-génital de la ménopause.

Pour l'incontinence urinaire, le traitement estrogénique local associé à une gymnastique des muscles pelviens est souvent efficace.

Parlez-en à votre médecin qui saura vous conseiller si besoin.

La prise en charge des problèmes sexuels doit être globale : il ne faudra pas oublier d'intégrer aux éventuels problèmes médicaux, l'environnement psycho-social et ne pas oublier l'importance du partenaire.

Le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) :

Il repose sur l'administration **d'estrogènes** pour pallier le déficit survenant après la ménopause et ses conséquences.

L'estrogène doit néanmoins être associé (si vous avez votre utérus) avec de la **progestérone** pour diminuer le risque de cancer de l'utérus (endomètre).

Il existe des contre-indications absolues, notamment un antécédent de cancer du sein, qui sont connues par votre médecin et qui les recherchera avant de vous proposer le THM.

En 2002, l'utilisation du THM a été remis en question suite à une étude américaine. La WHI (Women Health Initiative) était la 1^{ère} étude, à grande échelle, comparant un THM (de type anglo-saxon) à un placebo.

Elle a montré que l'administration **d'estrogènes conjugués équins (ECE) par voie orale** (estrogènes extraits des urines de juments gravides) et d'un progestatif de synthèse, non utilisé en France, **l'acétate de médroxyprogestérone (MPA)** entraînait une augmentation significative du cancer du sein, des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux et du risque thrombo-embolique veineux (phlébites et embolies pulmonaires).

Cette étude a cependant été réalisée chez des femmes majoritairement à distance de la ménopause (plus de 10 ans), d'âge moyen de 63 ans et dont 2/3 étaient en surpoids, dont 1/3 d'obèses, expliquant notamment la plus grande fréquence des accidents cardio-vasculaires chez les femmes traitées par rapport à celles ayant reçu le placebo.

Des analyses plus fines de l'ensemble de la littérature ont été effectuées depuis. Elles montrent

que l'utilisation d'un THM avant 60 ans dans les années qui suivent l'installation de la ménopause (moins de 10 ans ; respectant la fenêtre d'intervention) serait au contraire bénéfique sur le plan cardiovasculaire et sur la mortalité. (voir plus bas).

1. Les modalités du THM :

L'association de l'**estradiol** (estrogène naturel de la femme) à la **progestérone** naturelle ou à un dérivé proche (rétro-progestérone) et en appliquant l'estrogène par voie percutanée ou transdermique est le traitement de référence en France.

Chez la femme qui n'a plus d'utérus (hystérectomie), un traitement par l'estradiol seul (sans progestérone) est suffisant. En effet, le principal objectif de la prise de progestérone, en association aux estrogènes dans un THM, est de protéger l'utérus.

Certains schémas d'administration permettent d'éviter les règles : l'estradiol et la progestérone sont donnés de façon combinée (le même jour). La prescription discontinue du THM (par exemple, 25j/mois) permet de réduire la quantité d'hormones prescrites.

2. Les bénéfices du THM :

Le THM a fait la preuve de son efficacité dans la correction des symptômes ménopausiques gênants, la prévention de l'atrophie vaginale, la prévention de la perte osseuse post-ménopausique et des fractures ostéoporotiques.

Il s'agit du seul traitement ayant prouvé son efficacité pour diminuer de manière significative le nombre des fractures chez la femme de 50 à 60 ans, même si l'incidence de ces fractures en début de ménopause est faible.

Une diminution du risque des cancers digestifs et en particulier du cancer du côlon a été montrée.

3. Les risques du THM :

Ils sont variables selon le type du THM, sa voie d'administration et en fonction de l'âge et de l'ancienneté de ménopause ainsi que de l'état de santé propre à chaque femme.

a) L'infarctus du myocarde :

Le THM n'est pas indiqué pour la seule prévention de l'infarctus du myocarde, en particulier si la femme présente déjà des lésions d'athérome ou lorsqu'elle est à distance de la ménopause (plus de

10 ans). Néanmoins, les données les plus récentes indiquent qu'un THM pris précocement après la ménopause aurait un effet favorable en prévention primaire du risque d'infarctus.

b) Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) :

Dans l'étude WHI, il existait un surrisque d'AVC qui n'était pas influencé (contrairement au risque d'infarctus) par l'ancienneté de la ménopause. Néanmoins, chez une femme de moins de 60 ans ce risque est très faible. Des données plus récentes suggèrent également qu'il est favorisé par les fortes doses et la voie orale des estrogènes, mais **non par la voie cutanée**.

c) Les maladies thromboemboliques veineuses :

Le risque (phlébite profonde, embolie pulmonaire) est augmenté d'un facteur 2 à 3 par les estrogènes par voie orale, surtout pendant la 1^{ère} année de traitement. **Ce risque n'est pas présent lorsque les estrogènes sont utilisés par voie cutanée** et en association avec la progestérone ou des dérivés proches.

d) Les cancers gynécologiques hormonaux dépendants :

Ils sont le point le plus important à considérer.

○ **Cancer du sein**

Dès 1999, l'étude d'Oxford a permis de préciser le risque absolu imputable au THM.

Il est de 2 cas supplémentaires pour 1000 femmes prenant un THM (de type anglo-saxon) pendant 5 ans, de 6 cas pour 1000 femmes prenant un THM pendant 10 ans et de 12 cas pour 1000 femmes traitées pendant 15 ans (en sachant que le risque hors THM, pour une femme entre 50 et 60 ans est de l'ordre de 50 cas pour 1000 femmes).

Ce risque se normalise 2 à 5 ans après l'arrêt du traitement.

L'étude WHI a confirmé l'augmentation du risque de cancer du sein associé au THM (4 cas de plus pour 1000 femmes traitées pendant 5 ans). Les progestatifs de synthèse seraient impliqués dans l'augmentation de ce risque. Ils rendent de plus, le dépistage mammographique plus difficile en raison de leur impact sur l'augmentation de la densité mammaire.

Plus récemment, **il n'a pas été retrouvé d'augmentation du risque de cancer du sein aux USA avec les estrogènes conjugués équinés seuls (sans progestatifs), et en France avec l'association de l'estradiol à la progestérone naturelle ou son isomère** (études

Françaises E3N et CECILE et étude européenne EPIC pour des durée de traitement de 5 à 6 ans). Il faut également insister sur le fait que le THM n'induit pas de cancer du sein mais peut stimuler des cellules cancéreuses pré-existantes. On dit qu'il est promoteur du cancer de sein, mais non inducteur.

Le niveau de risque reste faible et équivalent à une femme sans traitement qui consommerait 3 unités d'alcool par jour. Il correspond au risque associé à chaque année de ménopause retardée. Par exemple, une femme dont la ménopause survient à 58 ans a le même risque de cancer du sein qu'une femme ménopausée à 50 ans et qui prendrait un THM pendant 8 ans.

Il n'y a pas de sur-risque chez les femmes obèses qui ont cependant un risque de base plus augmenté. La perte de poids, l'exercice physique diminuent les risques.

- **Cancer de l'endomètre (utérus) :**

Les estrogènes, lorsqu'ils sont donnés seuls, augmentent le risque de cancer de l'endomètre. L'adjonction d'un progestatif doit donc être systématique, **au minimum 12 jours par mois**. Il peut être conseillé une échographie de surveillance de l'endomètre après 5 ans de THM. Chez la femme hystérectomisée, l'addition d'un progestatif n'est pas nécessaire.

- **Cancer de l'ovaire :**

Une analyse 2015 montre une augmentation du risque de cancer de l'ovaire associé au THM. Le sur-risque est évalué à 1 cas supplémentaire pour 10 000 femmes par année de THM. Il n'a pas été observé dans l'étude WHI pour 5 ans de traitement. Il est nécessaire de consulter en cas de troubles digestifs nouveaux, d'aggravation d'une constipation ou de douleurs pelviennes, que ce soit avec ou sans THM.

e) D'autres risques existent : augmentation des lithiases hépato-vésiculaires (essentiellement avec les traitements par voie orale), augmentation de la taille des fibromes, stimulation de l'endométriose ou de l'adénomyose.

f) En cas de saignements anormaux, spotting ou métrorragies, il est indispensable de consulter votre médecin pour éliminer un problème utérin ou ovarien. Cela peut être aussi un effet secondaire du traitement à évaluer avec votre médecin.

g) Le THM ne fait pas grossir. La prise de poids est parfois au contraire limitée par le traitement.

4. La durée du THM :

Il n'y a pas en théorie de durée maximale de prise d'un THM.

Selon les recommandations de la HAS, il doit être prescrit tant que durent les symptômes avec une adaptation de la dose minimale efficace qui peut varier avec le temps.

Une réévaluation annuelle de la balance bénéfice/risque doit être faite, notamment après 5 ans de traitement en raison de la possible augmentation du risque de cancer du sein après cette durée.

De nombreux gynécologues prolongent les traitements hormonaux bien au-delà des 5 ans en intégrant la notion de qualité de vie, les risques ostéoporotiques et d'athérome. Cette prolongation doit être discutée au cas par cas en décision partagée.

5. Le suivi des femmes ménopausées :

Il est conseillé de faire un examen clinique général, gynécologique et mammaire annuel.

L'entretien doit identifier les antécédents personnels et familiaux de maladies qui peuvent conditionner votre prise en charge. En cas de THM, il doit rechercher des symptômes anormaux (saignements, douleurs mammaires).

La mesure du poids et de la taille, tout comme celle de **la mesure de la pression artérielle** doit absolument faire partie de l'examen clinique.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus doit se poursuivre selon les recommandations françaises jusqu'à l'âge de 65 ans, effectuée par la recherche de papillomavirus tous les 5 ans, en l'absence de pathologie antérieure du col de l'utérus.

Le dépistage du cancer du sein, par mammographie, est pratiquée tous les 2 ans de 50 à 74 ans. Au-delà, le dépistage devient individuel. Il reste important et doit tenir compte des facteurs de risque propres à chaque femme.

Une mesure de la DMO est recommandée en début de ménopause (surtout en cas de facteurs de risque) pour évaluer le risque d'ostéoporose. Si vous débutez la ménopause avec un capital osseux déjà abaissé, un traitement de prévention de la perte osseuse, notamment par le THM doit être discuté.

Une perte de plus de 4 cm par rapport à la taille adulte ou de plus de 2 cm entre 2 mesures avec la même toise doit faire suspecter une fracture vertébrale (appelée à tort « tassement vertébral »).

Un bilan osseux et un examen radiographique du rachis de profil ou une morphométrie vertébrale (VFA) en complément de l'examen de densité osseuse sont recommandés.

Enfin, en cas de signes d'appel, une échographie pelvienne permet de vérifier l'absence de pathologie de l'utérus et des ovaires.

Un bilan biologique pour dépister un diabète ou une dyslipidémie est recommandé en début de ménopause, puis en fonction des facteurs de risque et de la prise ou non d'un THM.

En conclusion, le THM a été rejeté en 2002 après la publication de l'étude WHI dont il faut souligner que malgré sa qualité, elle n'a jamais été **une étude sur le traitement de la ménopause mais plus sur l'intérêt éventuel du THM pour prévenir le vieillissement vasculaire et osseux de la femme âgée**. A distance du début de la ménopause (plus de 10 ans), l'association des estrogènes équinés par voie orale et d'un progestatif de synthèse augmente les risques cardio-vasculaires et de cancer du sein.

En 2025, toutes les sociétés savantes de ménopause reconnaissent que la **balance bénéfices/risques du THM est favorable chez la majorité des femmes de 50 à 60 ans** (ou de moins de 10 ans de ménopause) en l'absence de contre-indication.

La SFM-GEMVi souligne l'importance :

- **des hormones « naturelles »** (estradiol et progestérone) à dose minimale efficace ;
- de l'utilisation préférentiellement **cutanée des estrogènes** pour éviter tout risque veineux ;
- d'une administration lorsque nécessaire, **en début de ménopause** permettant de s'opposer à la perte osseuse et à la progression de l'athérome (protection de l'os et du cœur)

Ce document a pour but de vous donner toutes les informations nécessaires pour vous aider à bien vivre votre ménopause et à prendre un THM si vous en ressentez le besoin.

Néanmoins, seul votre médecin pourra choisir avec vous les modalités qui vous conviendront le mieux.

Le THM doit être adapté à chaque femme, il s'agit d'un **traitement sur « mesure »**.

Pour toutes questions complémentaires, consulter le site du GEMVi : www.gemvi.org



**Société
Française
de Ménopause**

gemvi®