



Baissez le chauffage! Les médicaments non hormonaux peuvent-ils améliorer les symptômes vasomoteurs de la ménopause?

QUESTION CLINIQUE

Les médicaments non hormonaux améliorent-ils les symptômes vasomoteurs ménopausiques?

CONCLUSION

Après 12 semaines, environ 50 à 75 % des femmes atteintes de symptômes vasomoteurs ménopausiques connaissent une diminution d'au moins 50 % des bouffées de chaleur lorsqu'elles sont sous inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline (IRSN) ou gabapentine par rapport à 35 à 60 % des patientes sous placebo. Le placebo réduit d'environ 40 à 50 % le nombre de bouffées de chaleur, alors que les ISRS, les IRSN et la gabapentine engendrent une baisse supplémentaire de 10 à 20 %.

DONNÉES PROBANTES

- Tous les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire.

- ISRS (six méta-analyses, de 4 à 11 ECR, de 547 à 2 069 patientes)¹⁻⁶; IRSN (cinq méta-analyses, de 2 à 7 ECR, de 301 à 3 685 patientes)^{2,3,5,7,8}; gabapentine (cinq méta-analyses, de 2 à 9 ECR, de 901 à 3 519 patientes)^{2,3,9-11}; clonidine (une méta-analyse, 4 ECR, de 30 à 198 patientes)³. Lorsque les méta-analyses ne renfermaient pas de renseignements sur les résultats, nous avons utilisé les données provenant des ECR les plus vastes pour chaque classe de médicaments.
 - Bouffées de chaleur (quotidiennes) :
 - ISRS¹, gabapentine³, desvenlafaxine¹²⁻¹³ : de 9 à 11 au départ.
 - Différence moyenne : de 1 à 2 bouffées de chaleur de moins que sous placebo à 4-12 semaines.
 - Exemple : de 3 à 4 bouffées de chaleur (desvenlafaxine) par rapport à 5 à 6 (placebo)¹².
 - Oxybutynine (148 patientes)¹⁴ : quatre bouffées de chaleur de moins que sous placebo.
 - Clonidine³ : une bouffée de chaleur de moins que sous placebo.
 - Aucune différence après l'exclusion des patientes atteintes de cancer du sein.
 - Proportion ayant connu une diminution d'au moins 50 % des bouffées de chaleur. Exemples à 12 semaines (sauf indication contraire) :
 - Gabapentine¹⁵ (600 patientes) : 73 % contre 60 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST) = 8.
 - Desvenlafaxine¹² (567 patientes) : de 68 à 75 % contre 48 % (placebo), NST = 4 ou 5.
 - ISRS :
 - Paroxétine¹⁶ (614 patientes) ou escitalopram¹⁷ (205 patientes) : de 48 à 55 % contre 36 % (placebo), NST = de 6 à 9 sur 8-12 semaines.
 - Fluoxétine, citalopram (150 patientes)¹⁸ : aucune différence par rapport au placebo.
 - Évaluation globale : « nette/très nette amélioration » sur 12 semaines :
 - Gabapentine¹⁵ : 58 % contre 44 % (placebo), NST = 8.
 - Oxybutynine¹⁴ : 73 % contre 26 % (placebo); NST = 2.
 - Qualité de vie : par rapport au placebo :
 - Citalopram, fluoxétine ou sertraline¹⁸⁻¹⁹ : aucune différence.
 - Escitalopram²⁰ : aucune différence clinique.
- Limites : Aucune communication des taux d'événements^{2-8,10,11}; utilisation de différences moyennes normalisées (difficiles à interpréter cliniquement)^{1,2,8,10-11}; inclusion de patientes atteintes de cancer du sein^{2,3,6,9-11}; ECR financés par l'industrie^{13-16,18,19}.

CONTEXTE

- Lignes directrices :
 - Première intention : hormonothérapie; deuxième intention : ISRS, IRSN ou gabapentine²¹.
- Hormonothérapie :
 - Par rapport au placebo : diminution d'environ 18 bouffées de chaleur/semaine (surtout sous 1-2 mg d'estradiol)²².
 - Par rapport à la gabapentine : 1 bouffée de chaleur de moins/jour avec l'hormonothérapie¹⁰.

- Par rapport à la venlafaxine : manque de puissance de l'ECR pour ce qui est de comparer les agents du point de vue des paramètres d'efficacité²³.
 - Satisfaction des patientes : 70 % par rapport à 51 % (venlafaxine).
- Posologie (quotidienne)²¹ : paroxétine : 10-25 mg; desvenlafaxine : 100-150 mg; gabapentine : 900-2 400 mg.

RÉFÉRENCES

1. Shams T, Firwana B, Habib F, et al. J Gen Intern Med. 2014;29(1):204-213.
2. Cheng Y, Tseng P, Wu M, et al. Sleep Med Rev. 2021; 57:101469.
3. Nelson H, Kimberly Vesco M, Haney E, et al. JAMA. 2006;295(17):2057-2071.
4. Riemma G, Schiattarella A, La Verde M, et al. Medicina. 2019;55(9):554.
5. Sarri G, Pedder H, Dias S, et al. BJOG. 2017;124(10):1514-1523.
6. Wei D, Chen Y, Wu C, et al. BJOG. 2016;123(11):1735-1743.
7. Berhan Y, Berhan A. Ethiop J Health Sci. 2014;24(3):209-218.
8. Sun Z, Hao Y, Zhang M. Gynecol Obstet Invest. 2013;75(4):255-262.
9. Toulis K, Tzellos T, Kouvelas D, et al. Clin Ther. 2009;31(2):221-235.
10. Shan D, Zou L, Liu X, et al. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(6):564-579.
11. Yoon S, Lee J, Lee C, et al. Menopause. 2020;27(4):485-493.
12. Archer D, Dupont C, Constantine G, et al. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(3):238.e1-238.e10.
13. Speroff L, Gass M, Constantine G et al. Obstet Gynecol. 2008;111(1):77-87.
14. Simon J, Gaines T, LaGuardia K, et al. Menopause. 2016;23(11):1214-1221.
15. Pinkerton JV, Kagan R, Portman D, et al. Menopause. 2014;21(6):567-573.
16. Simon JA, Portman DJ, Kaunitz AM, et al. Menopause. 2013;20(10):1027-1035.
17. Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, et al. JAMA. 2011;305(3): 267-274.
18. Suvanto-Luukkonen E, Koivunen R, Undstrom H, et al. Menopause. 2005;12(1):18-26.
19. Gordon PR, Kerwin JP, Boesen KG, et al. Menopause. 2006;13(4):568-575.
20. LaCroix AZ, Freeman EW, Larson J, et al. Maturitas. 2012;73(4):361-368.

AUTRICES

Ashley Domingues, candidate au Pharm.D.
Émélie Braschi, MD, Ph.D.,
Samantha S Moe, Pharm.D.,
 ACPR

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

21. The North American Menopause Society. Menopause. 2023;30(6):573-590.
22. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2004; Issue 4, Art. No: CD002978.
23. Joffe H, Guthrie KA, LaCroix AZ, et al. JAMA. Intern Med 2014;174(7):1058-1066.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://qomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.