



© Kyle Monk / Blend Images / GraphicObsession

## Bouffées de chaleur de la ménopause

Quelques traitements non médicamenteux d'efficacité modeste, souvent de type placebo, sans risque particulier

### RÉSUMÉ

● Certaines femmes ménopausées sont gênées par des symptômes vasomoteurs tels que bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, qui persistent parfois pendant plusieurs années. Un traitement hormonal par estrogène, souvent associé à un progestatif, diminue ces symptômes mais expose à des accidents cardiovasculaires et des cancers du sein. Quelle est la balance bénéfices-risques des autres traitements proposés dans cette situation ? Nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible selon la méthode habituelle de *Prescrire*.

● Quand une femme ménopausée est gênée par de tels symptômes, de simples modifications du mode de vie sont à envisager. Les résultats d'un essai chez 40 femmes, en surpoids ou obèses, ainsi que trois suivis de cohorte, sont en faveur d'une diminution des bouffées de chaleur en lien avec une perte de poids.

● Quatre essais totalisant 715 femmes ont évalué des programmes d'exercices physiques, sans apporter de preuve d'un effet pour diminuer les symptômes vasomoteurs.

● Une méta-analyse de huit essais randomisés a montré une efficacité modérée de programmes de

yoga versus absence d'intervention. Cette efficacité semble due à un effet de type placebo.

● Dans deux essais randomisés de faible niveau de preuves, l'hypnose a réduit d'environ deux tiers la fréquence et l'intensité des bouffées de chaleur liées à la ménopause.

● Selon des méta-analyses d'une dizaine d'essais randomisés versus placebo ou absence d'intervention, certaines approches psychocorporelles ont diminué la gêne liée aux bouffées de chaleur, mais pas leur fréquence. Des techniques de relaxation, de respiration profonde et de réflexologie plantaire n'ont pas eu d'efficacité prouvée.

● Selon deux synthèses méthodiques d'essais randomisés chez des femmes ménopausées, l'acupuncture a semblé plus efficace que l'absence d'intervention. Cette efficacité semble due à un effet de type placebo.

● Des phytoestrogènes ont été associés à une diminution modeste de la fréquence des bouffées de chaleur. Les effets à long terme de doses élevées sont mal connus, avec des incertitudes concernant un risque accru de cancer de l'endomètre et du sein, et des interactions médicamenteuses.

● Les essais qui ont évalué d'autres plantes dans cette situation sont peu ou non probants, alors que leurs effets indésirables sont souvent mal connus. La *valériane* en extraits aqueux ou hydro-alcooliques à titre faible et l'homéopathie sont sans risque particulier connu. Les préparations à base de *Cimicifuga racemosa* sont à déconseiller.

● Divers médicaments non hormonaux, tels que la *paroxétine* (un inhibiteur dit sélectif de la recapture de la sérotonine), la *gabapentine*, la *clonidine* réduisent les symptômes vasomoteurs de la ménopause. Mais les efficacités constatées sont faibles au regard des effets indésirables auxquels ils exposent. La *bêta-alanine* n'a pas d'efficacité démontrée au-delà de celle d'un placebo alors qu'elle expose à des paresthésies.

● En pratique, chez les femmes gênées par des symptômes vasomoteurs liés à la ménopause, peu de traitements ont une efficacité démontrée au-delà de celle d'un placebo. Mais un placebo, dont l'efficacité est parfois marquée, semble soulager certaines femmes. En l'absence d'effet indésirable particulier, proposer le yoga, l'acupuncture ou l'hypnose, voire la *valériane*, sont des options envisageables et sans risque particulier quand les bonnes pratiques sont respectées.

Rev Prescrire 2019 ; 39 (428) : 434-440

La ménopause est une étape physiologique de la vie des femmes, caractérisée par l'arrêt définitif de l'activité ovarienne puis des règles. Elle est parfois provoquée subitement par une ovariectomie bilatérale ou par le traitement de certains cancers. Certaines femmes ménopausées sont gênées par des symptômes vasomoteurs tels que bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, qui durent souvent pendant plusieurs années. Leur fréquence et leur intensité diffèrent selon les femmes. Ils cessent spontanément. Ils persistent plus longtemps lorsqu'ils ont précédé les dernières règles (1).

Un traitement hormonal à base d'estrogène, souvent associé à un progestatif pour réduire le risque de cancer de l'endomètre, est efficace pour diminuer les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause mais il expose, entre autres, à un surcroît d'accidents cardiovasculaires et de cancers du sein. Un tel traitement est à écarter chez les femmes particulièrement exposées aux tumeurs estrogénodépendantes telles que cancers du sein ou de l'endomètre, ou aux accidents thromboemboliques veineux ou artériels. Chez les autres femmes, sa balance bénéfices-risques est le plus souvent défavorable. C'est parfois un traitement à envisager quand les symptômes sont particulièrement gênants, à condition de limiter autant que possible la durée et la dose (2,3).

En dehors des traitements à base d'estrogène, de nombreux traitements sont proposés pour diminuer les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause

et la gêne ressentie. Quelle est leur balance bénéfices-risques ? Nous avons effectué une synthèse de l'évaluation disponible selon la méthode habituelle de *Prescrire*, résumée page 439.

### Modifications du mode de vie : perdre du poids ?

Des modifications du mode de vie sont proposées pour éviter certaines situations qui exposent à des symptômes vasomoteurs ou les aggravent. Leur efficacité n'a pas fait l'objet d'évaluation comparative, mais ils sont en général sans risque particulier prévisible : modérer la consommation de boissons chaudes, d'aliments chauds ou épicés, de caféine, d'alcool, de tabac ; porter des vêtements légers ou s'habiller avec des vêtements superposés faciles à enlever ; dormir dans une pièce fraîche ; etc. (3,4).

Un essai randomisé chez 40 femmes en surpoids ou obèses a évalué l'efficacité sur le nombre de bouffées de chaleur d'une intervention d'une durée de 6 mois visant à leur faire perdre du poids. La perte de poids chez les femmes du groupe intervention, de l'ordre de 9 kg, a été associée à une diminution statistiquement significative des bouffées de chaleur par rapport à celles du groupe témoin, dont le poids est resté stable. Trois études de cohorte totalisant près de 20 000 femmes ont eu des résultats concordants, suggérant une diminution des bouffées de chaleur en lien avec une perte de poids (3).

### Yoga : un effet de type placebo probable

Chez les femmes ménopausées, une activité physique régulière de loisir apporte des bénéfices, notamment pour réduire les risques cardiovasculaires, maintenir le poids stable, améliorer le sommeil, et peut-être diminuer le risque de fractures (5,6). Selon trois études transversales totalisant environ 83 000 femmes et une étude de cohorte chez 205 femmes, les symptômes vasomoteurs sévères semblent plus fréquents chez les femmes qui ont peu d'activité physique (5). Des essais randomisés ont évalué l'effet de diverses modalités d'exercices physiques pour diminuer les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause (3,5).

**Programmes d'exercices physiques : pas d'efficacité prouvée.** Une synthèse méthodique avec méta-analyses d'un groupe du Réseau Cochrane a recensé les essais randomisés ayant évalué des programmes d'exercices physiques réguliers pendant 3 mois à 6 mois pour diminuer les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause. La méta-analyse de trois essais totalisant 454 femmes n'a pas montré d'efficacité symptomatique de ces programmes d'exercices physiques (5).

Dans un essai randomisé chez 261 femmes, publié après cette synthèse méthodique, des programmes d'incitation à une pratique quotidienne de 30 minutes d'exercices physiques modérés à raison de 3 jours

à 5 jours par semaine n'ont pas eu d'efficacité sur les symptômes vasomoteurs (3).

Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté dans les essais (3,5).

**Yoga : efficacité modérée, probablement liée à un effet de type placebo.** Une synthèse méthodique a recensé les essais randomisés qui ont évalué l'efficacité de programmes de yoga sur les symptômes vasomoteurs versus absence d'intervention. Une méta-analyse a inclus huit essais très hétérogènes totalisant 548 femmes. Une différence moyenne standardisée (DMS) a été calculée pour pallier la diversité des scores utilisés dans les essais (lire en encadré "C'est-à-dire ?"). Après une durée de 2 mois à 4 mois, une diminution statistiquement significative des symptômes vasomoteurs a été observée chez les femmes des groupes yoga (DMS : -0,76 ; intervalle de confiance à 95 % (IC95) : -1,27 à -0,25)(7). Un effet d'une telle ampleur est considéré comme modéré, et sa pertinence clinique est difficile à déterminer (8).

Une analyse des essais les moins biaisés selon les auteurs de la synthèse méthodique, a montré une supériorité des programmes de yoga par rapport à l'absence d'intervention (4 essais, 359 femmes) mais sans différence constatée par rapport à d'autres exercices physiques (2 essais, 265 femmes). Cette discordance entre les comparaisons suggère que l'effet modéré observé soit lié à un effet de type placebo (7).

Aucun effet indésirable du yoga n'a été rapporté dans les essais inclus dans cette synthèse méthodique (7).

## C'est-à-dire ?

### Différence moyenne standardisée

Dans les méta-analyses, pour quantifier l'effet d'un traitement ou d'une intervention sur un critère mesuré avec des instruments différents selon les essais (par exemple la mesure de la douleur avec des échelles différentes), on utilise un outil mathématique : la différence moyenne standardisée (DMS), qui peut être calculée pour chaque essai ou pour un ensemble d'essais dans une méta-analyse. La DMS n'a pas d'unité et varie par définition entre -1 (diminution de l'effet) et 1 (augmentation de l'effet) ; 0 correspondant à une absence de différence. Par convention et de manière arbitraire, on dit que l'ampleur de l'effet d'un traitement ou d'une intervention est : faible si la DMS est supérieure à 0,2 et inférieure à 0,3 ; modérée si la DMS est entre 0,3 et 0,8 ; importante si la DMS est égale ou supérieure à 0,8.

©Prescrire

**Sources** Poelman T "Comment interpréter une différence moyenne standardisée (DMS) ?" *Minerva* 2014 ; 13 (4) : 51.

### Approches psychocorporelles : moins de bouffées de chaleur avec l'hypnose

Les méthodes dites psychocorporelles, alias holistiques, visent à accroître l'influence de l'esprit sur les manifestations du corps. Certaines d'entre elles sont proposées pour atténuer les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause, en général par une meilleure gestion du stress. Elles sont souvent associées entre elles (3,9).

**Hypnose : moins de bouffées de chaleur dans deux essais après 5 séances.** Un essai randomisé en simple aveugle a comparé l'hypnose avec entraînement à l'autohypnose versus des exercices structurés d'attention chez 187 femmes ménopausées qui avaient au moins 50 épisodes de bouffées de chaleur par semaine à l'inclusion. Après 6 semaines, à raison de 5 séances espacées d'une semaine, les femmes du groupe hypnose ont eu une diminution de la fréquence des bouffées de chaleur de 64 % en moyenne versus 9 % chez les femmes du groupe placebo ( $p < 0,001$ ). Cette différence a été maintenue 6 semaines après la dernière séance (10).

Un autre essai randomisé qui a évalué l'hypnose avec entraînement à l'autohypnose versus absence d'intervention chez 60 femmes ménopausées après traitement d'un cancer du sein a eu des résultats similaires. Après 5 séances espacées d'une semaine, un score combinant la fréquence et l'intensité des bouffées de chaleur a été diminué de 68 % dans le groupe hypnose par rapport à l'inclusion dans l'essai, avec une différence statistiquement significative par rapport au groupe témoin (11).

Aucun effet indésirable lié à l'hypnose n'a été rapporté dans ces essais (10,11).

### Diverses autres approches psychocorporelles : des données en faveur d'un soulagement.

Une synthèse méthodique a recensé les essais randomisés qui ont évalué l'efficacité sur les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause de techniques de psychothérapie ou de gestion du stress, versus placebo ou absence d'intervention : techniques de méditation dites de pleine conscience (3 essais, 371 patientes), thérapies cognitivocomportementales (5 essais, 433 patientes), thérapies comportementales (4 essais, 212 patientes) (12). Les méta-analyses de ces essais ont montré une réduction statistiquement significative de la gêne liée aux bouffées de chaleur au-delà de 20 semaines, mais sans effet sur leur fréquence (12).

Selon une synthèse Cochrane qui a recensé quatre essais randomisés totalisant 281 patientes, des techniques de relaxation (sans autre précision) n'ont pas été plus efficaces sur la fréquence ou la sévérité des bouffées de chaleur que l'absence d'intervention, une intervention placebo, l'acupuncture, l'insertion d'aiguilles au hasard (alias "acupuncture simulée") ou des exercices de respiration profonde (a)(13).

a- Les techniques de respiration profonde consistent à prendre 6 à 8 respirations par minute, en inhalant par le nez et soufflant par la bouche (réf. 3).

Dans deux autres essais randomisés totalisant 300 femmes, des exercices de respiration profonde n'ont pas eu d'effet sur la fréquence des bouffées de chaleur, leur sévérité ou la gêne ressentie par rapport à une respiration non guidée (3).

Dans un essai randomisé chez 33 femmes, des séances de réflexologie plantaire n'ont pas eu d'effet différent de simples massages des pieds (9).

Aucun effet indésirable n'a été rapporté dans ces essais (3,9,12,13).

### **Acupuncture : soulagement de certaines femmes, peut-être par effet de type placebo**

Une synthèse méthodique a recensé les essais randomisés qui ont évalué les effets de l'acupuncture sur les symptômes vasomoteurs chez des femmes ménopausées. Dix-neuf essais totalisant 1 823 femmes ont été inclus. La méta-analyse des dix essais comparant l'acupuncture versus acupuncture simulée n'a pas mis en évidence d'efficacité sur la fréquence ou la sévérité de ces symptômes (14). Dans les quatre essais qui ont comparé l'acupuncture à l'absence d'intervention chez 501 femmes ménopausées au total, les symptômes ont été moins fréquents et moins sévères dans les groupes acupuncture, de façon statistiquement significative (b)(14). Cette discordance entre les comparaisons versus acupuncture simulée et versus absence d'acupuncture suggère un effet placebo.

Une autre synthèse méthodique a recensé les essais randomisés chez des femmes ménopausées après traitement d'un cancer du sein. Six essais totalisant 407 patientes ont testé l'acupuncture versus acupuncture simulée. La diminution de la fréquence des bouffées de chaleur a été plus marquée pendant la durée du traitement chez les femmes traitées par acupuncture que chez celles traitées par acupuncture simulée, mais sans différence statistiquement significative à l'issue des séances (15).

Quand elle est pratiquée dans le respect des bonnes pratiques et dans des conditions rigoureuses, notamment d'hygiène, l'acupuncture n'expose pas à des effets indésirables notables (16).

### **Phytoestrogènes : efficacité modeste mais des inconnues sur les risques d'une prise au long cours**

Les phytoestrogènes sont des constituants végétaux qui présentent une affinité pour les récepteurs aux estrogènes. Les isoflavones sont des phytoestrogènes. Elles sont particulièrement abondantes dans les graines de soja et certaines plantes telles que le trèfle rouge (*Trifolium sp.*), le houblon, l'arachide, certaines variétés de haricots et les pois chiches (3,17,18). Il semble qu'une consommation régulière de certains aliments à base de soja soit associée avec une diminution modeste de la fréquence des bouffées de chaleur (17).

Une synthèse méthodique a recensé les essais randomisés d'évaluation de divers phytoestrogènes (apports alimentaires de soja, suppléments ou extraits de soja, trèfle rouge, etc.) sur les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause, versus placebo ou absence de traitement (19). La méta-analyse de 18 essais totalisant 2 020 femmes a montré une diminution statistiquement significative, de l'ordre d'une bouffée de chaleur par jour, chez les femmes des groupes phytoestrogènes par rapport aux femmes des groupes témoin. Aucune différence n'a été observée sur les sueurs nocturnes. Des analyses en sous-groupes, de moindre niveau de preuves, ont montré une efficacité du même ordre pour des apports alimentaires de soja et des suppléments ou extraits de soja, mais sans efficacité démontrée du trèfle rouge (19).

La consommation alimentaire de soja expose à des effets indésirables peu graves, avant tout des troubles digestifs. En revanche, les effets à long terme de doses élevées d'isoflavones sont mal connus, avec des incertitudes concernant un effet immunodépresseur, un risque accru de cancer de l'endomètre et du sein, et des interactions médicamenteuses (17,18). De plus, les produits commercialisés à base de soja ou de trèfle rouge n'ont pas les garanties de qualité et de teneur en principe actif inhérentes au statut de médicament.

En quantité correspondant à celle utilisée en alimentation traditionnelle, le soja ne présente pas de danger identifié. Mais l'efficacité très modeste des phytoestrogènes à doses élevées et les incertitudes qui persistent sur leurs effets indésirables incitent à ne pas proposer leur prise au long cours en traitement des symptômes vasomoteurs liés à la ménopause. Et il est prudent de les écarter chez des femmes qui ont eu un cancer estrogénodépendant (17).

### **Autres plantes, acides gras oméga-3, vitamine E, homéopathie : évaluation peu ou non probante**

Un essai randomisé en double aveugle versus placebo chez 64 femmes ménopausées a testé une préparation orale à base de *valériane* pendant 2 mois (20). Après 2 mois de traitement, les femmes du groupe *valériane* ont eu environ 3 bouffées de chaleur en moins par jour par rapport à celles du groupe placebo ( $p = 0,01$ ). Une efficacité a aussi été constatée sur l'intensité des bouffées de chaleur (critère principal de jugement), dès le premier mois de traitement. Notre recherche documentaire n'a pas recensé d'autre essai avec la *valériane*, ce qui rend ce résultat fragile. La *valériane* n'expose pas à des effets indésirables particuliers connus, sous

*b- Un essai randomisé, postérieur à cette synthèse, qui a évalué les effets de 5 séances hebdomadaires d'acupuncture versus absence d'intervention chez 70 femmes ménopausées a eu des résultats similaires (réf. 31).*

réserve qu'il s'agisse d'extraits aqueux ou hydro-alcooliques de titre faible (c)(21,22).

Une méta-analyse de quatre essais totalisant 501 femmes ayant testé des préparations à base de *Cimicifuga racemosa* (alias *Actæa racemosa*) n'a pas montré d'efficacité pour diminuer la fréquence des bouffées de chaleur (19). Les extraits de *C. racemosa* exposent à des atteintes hépatiques graves, des réactions allergiques et des troubles digestifs. La balance bénéfices-risques de cette plante est défavorable (3,18,19).

Des essais, souvent de faibles effectifs, évaluant des plantes isolément ou associées telles que le ginseng, le millepertuis, la primevère du soir (*Oenothera biennis*), des graines de lin, des germes de blé, le gattilier (*Vitex agnus castus*), la rhubarbe de Sibérie (*Rheum rhaponticum*), l'écorce de pin, diverses "herbes traditionnelles chinoises", ainsi que des pollens de fleurs (sans autre précision) ont eu des résultats peu ou non probants (d)(3,19,23). Ces préparations à base de plantes exposent notamment à des réactions allergiques (3).

D'une façon générale, les préparations à base de plantes sont souvent commercialisées avec un statut autre que celui de médicament, et qui n'offre pas de garantie de qualité pharmaceutique. Souvent présentées comme non dangereuses car naturelles, elles exposent en fait à des effets indésirables souvent mal connus, surtout en cas d'utilisation prolongée, et à des interactions médicamenteuses (3,24).

Des compléments alimentaires à base d'acides gras oméga-3 ont été testés versus placebo dans quatre essais totalisant 574 femmes (3,25). La vitamine E a été évaluée dans 2 essais randomisés versus placebo totalisant 170 femmes. Les résultats de ces essais n'apportent pas de preuve d'efficacité de ces substances sur les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause (3).

Dans deux essais randomisés en double aveugle totalisant 124 patientes ménopausées après traitement d'un cancer du sein, un traitement par homéopathie (sans autre précision pour la plupart des patientes) pendant 4 mois ou 12 mois n'a pas eu d'efficacité démontrée par rapport à un placebo sur les bouffées de chaleur (26).

### Médicaments non hormonaux : plus de risques que de bénéfices

Divers médicaments non hormonaux ont été testés sur les symptômes vasomoteurs chez des femmes ménopausées. Début 2019, en France, en Belgique ou en Suisse, aucun de ces médicaments n'est autorisé dans cette situation, à l'exception de la *bêta-alanine*.

**Paroxétine : efficacité modeste, et des effets indésirables parfois démesurés.** Une synthèse méthodique a recensé les essais randomisés qui ont comparé la *paroxétine*, un antidépresseur inhibiteur dit sélectif de la recapture de la sérotonine (IRS), versus un placebo chez des femmes ménopausées (27). Six essais totalisant 1 571 femmes

ont été recensés. Leurs résultats sont plutôt en faveur d'une diminution modeste de la fréquence des bouffées de chaleur, de l'ordre d'une bouffée de chaleur en moins par jour après 4 ou 12 semaines de traitement.

Le profil d'effets indésirables de la *paroxétine* est principalement constitué de : troubles digestifs tels que diarrhées, nausées, hémorragies digestives ; troubles neuropsychiques tels que troubles du sommeil, anxiété, agitations, idées suicidaires, réactions maniaques, convulsions ; troubles sexuels ; modifications du poids ; etc. (18).

Chez des patientes traitées par *tamoxifène* (un antiestrogène) pour un cancer du sein, des IRS tels que *paroxétine*, *fluoxétine* et *sertraline* diminuent le métabolisme du *tamoxifène* en un métabolite actif, exposant ainsi à une augmentation de la mortalité par cancer du sein et à surcroît de récurrences (3,28).

L'évaluation comparative des autres antidépresseurs dans cette situation est encore moins solide, alors qu'ils exposent aux mêmes effets indésirables, voire à des effets indésirables plus graves (3,18).

**Gabapentine, clonidine : balance bénéfices-risques défavorable.** La *gabapentine*, un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), et la *clonidine*, un hypotenseur agoniste des récepteurs alpha-2 adrénergiques, ont été testés contre les symptômes vasomoteurs liés à la ménopause. Pour chacun de ces médicaments, nous n'avons recensé qu'un seul essai randomisé en double aveugle (3,29).

Dans un essai chez 347 patientes après traitement d'un cancer du sein, la *gabapentine* à la dose quotidienne de 900 mg a évité environ 2 bouffées de chaleur par jour après un traitement de 8 semaines (26). La *gabapentine* expose notamment à : des troubles neuropsychiques dont paresthésies, troubles du comportement, agressivités, idées suicidaires, abus et dépendances ; des troubles digestifs ; de nombreuses interactions médicamenteuses (18).

Dans un essai chez 163 patientes traitées par *tamoxifène* pour un cancer du sein, la *clonidine* orale pendant 8 semaines a diminué de manière significative la fréquence des bouffées de chaleur, de l'ordre d'une bouffée de chaleur en moins par jour, sans différence constatée sur l'intensité des bouffées de chaleur par rapport à un placebo (26). La *clonidine* expose notamment à des hypotensions artérielles, des accidents cardiovasculaires ischémiques, de dépressions et de sédations, et à de nombreuses interactions médicamenteuses (18).

**c-** Des gélules à base de poudre de valériane sont commercialisées en France (Arkogélules Valériane<sup>®</sup>) et sont susceptibles de contenir des valépotriates, aux effets cytotoxiques et mutagènes *in vitro* (réf. 21).

**d-** Un médicament à base d'extraits secs de pollens et de pistil (pollens de pin, de maïs, de seigle, de dactyle et de pistil de maïs) a été commercialisé en France en 2018 dans les troubles de la ménopause sans évaluation clinique pour cerner sa balance bénéfices-risques (réf. 32).

L'efficacité de la *gabapentine* et de la *clonidine* est trop incertaine et leur profil d'effets indésirables trop chargé pour les envisager en traitement des symptômes vasomoteurs de la ménopause.

**Bêta-alanine : pas d'efficacité démontrée et des effets indésirables avérés.** La *bêta-alanine* est un acide aminé commercialisé pour les bouffées de chaleur de la ménopause, sans activité démontrée au-delà de celle d'un placebo. Elle expose notamment à des paresthésies (30).

En l'absence d'efficacité démontrée dans cette situation, il semble raisonnable de ne pas exposer les femmes ménopausées gênées par des symptômes vasomoteurs aux effets indésirables de la *bêta-alanine*.

#### En pratique Tirer parti de l'effet placebo, faute de mieux

Plusieurs traitements non hormonaux des symptômes vasomoteurs liés à la ménopause ont fait l'objet de quelques essais comparatifs, souvent de faible niveau de preuves, et d'interprétation délicate. Les bouffées de chaleur et les sueurs

#### Noms commerciaux des médicaments en France F, Belgique B et Suisse CH

**bêta-alanine** - F ABUFENE° ; B CH (-)

**Cimicifuga racemosa** - F CIMIPAX° ;

B DONNAFYTA MENO° ; CH FEMICINE° ou autre

**clonidine** - F B CATAPRESSAN° ; CH CATAPRESAN°

**extraits secs de pollens et de pistil** - F FEMELIS° ;

B CH (-)

**fluoxétine** - F B PROZAC° ou autre ; CH FLUCTINE°

ou autre

**gabapentine** - F B CH NEURONTIN° ou autre

**paroxétine** - F CH DEROXAT° ou autre ; B SEROXAT°

ou autre

**sertraline** - F CH ZOLOFT° ou autre ; B SERLAIN° ou autre

**tamoxifène** - F B CH NOLVADEX° ou autre

**valériane** - F ARKOGELULES VALERIANE° ou autre ;

B RELAXINE° ou autre ; CH (en association dans SANALEPSI N°)

**vitamine E** alias **alfa tocophérol** - F TOCO 500°

ou autre ; B OPTOVIT E° ; CH BURGERSTEIN VITAMINE E° ou autre

#### Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Nous avons recherché les synthèses méthodiques et critiques de