

MÉDECINE ALTERNATIVE :
GESTION DES SYMPTÔMES MÉNOPAUSIQUES ASSOCIÉS À UNE
THÉRAPIE ANTIHORMONALE CHEZ LES FEMMES PRÉSENTANT UN
CANCER DU SEIN

REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par
Aline Gnehm
promotion 2008-2011

Sous la direction de : Manuela Eicher

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

But : déterminer des méthodes alternatives non pharmacologiques que les infirmières pourraient proposer pour améliorer la gestion des symptômes ménopausiques expérimentés par les femmes atteintes d'un cancer du sein hormonodépendant suite aux effets indésirables d'un traitement antihormonal.

Méthode : quinze études scientifiques ont été sélectionnées sur la banque de données PubMed et incluses à la revue. Une grille d'analyse des recherches a été utilisée afin de catégoriser les résultats.

Résultats : la yogathérapie, les méthodes de relaxation, l'acupuncture, la phytothérapie par Millepertuis ou Actée à grappes noires et l'hypnose semblent améliorer clairement la gestion des symptômes ménopausiques et la qualité de vie des femmes suivant une thérapie antihormonale. La mise en place d'un plan de soin individualisé semble également y contribuer. En revanche, le soja et l'homéopathie ne permettent pas d'améliorer significativement la gestion des symptômes ménopausiques et la qualité de vie de ces femmes.

Conclusion : cette revue de littérature est un pas vers l'amélioration de la qualité de vie des femmes sous traitement antihormonal et apporte aux infirmières différentes méthodes alternatives non-pharmacologiques probantes dans l'amélioration des symptômes ménopausiques chez ces femmes.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Madame Manuela Eicher pour la confiance qu'elle m'a accordé et pour avoir poussé mon questionnement en vue d'élaborer ce travail.

Je remercie chaleureusement mes correctrices, Imelda Gnehm et Brigitte Stauffacher, pour le temps qu'elles ont consacré à la relecture de ce travail.

Pour terminer, je souhaite également dire merci à ma famille qui m'a soutenue tout au long de ce travail.

Table des matières

Introduction	6
1 Le cancer du sein	7
1.1 Epidémiologie.....	7
1.2 Physiopathologie.....	7
1.3 Etiologie	8
1.4 Traitement	8
2 L'hormonothérapie	9
2.1 Historique.....	9
2.2 Principales options thérapeutiques.....	9
2.3 Indications et efficacité	11
2.4 Effets secondaires.....	11
3 Problématique.....	13
4 Objectif	15
5 Cadre de référence.....	15
5.1 Choix du cadre de référence	15
5.2 Description du cadre de référence	15
6 Méthodologie.....	17
6.1 Devis de recherche : revue de littérature étoffée.....	17
6.2 Etapes de réalisation.....	18
6.3 Flow Chart et stratégies de recherches.....	19
7 Résultats	20
7.1 Relaxation et yogathérapie.....	21
7.2 Acupuncture	23
7.3 Homéopathie.....	26
7.4 Phytothérapie	28
7.5 Autres méthodes	32
8 Discussion.....	34
8.1 Regard critique sur les études sélectionnées.....	35

8.2	Discussion des résultats et perspectives infirmières	37
8.2.1	Moyens de gestion fondés sur des résultats probants.....	38
8.2.2	Moyens de gestion peu convaincants	42
8.2.3	Liens avec le cadre de référence.....	43
8.3	Limites de la revue	44
	Conclusion.....	45
	Bibliographie	46
	Annexe A : déclaration d’authenticité.....	51
	Annexe B : stratégies de recherches.....	52
	Annexe C : grille d’analyse des recherches	55

Introduction

Dans notre société occidentale, la problématique du cancer du sein est souvent abordée. Selon l'Office fédérale de la statistique (2010), « Chez la femme, le cancer du sein est la principale maladie cancéreuse. Il représente environ un tiers de tous les nouveaux cas de tumeurs malignes et un cinquième des décès dû au cancer » (p.1). Cependant, grâce aux progrès apportés dans les traitements, notamment l'hormonothérapie¹, la Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein FDCS (2011) indique un taux de survie dépassant 80% après cinq ans.

Actuellement, l'hormonothérapie prend une place considérable dans la prise en charge du cancer du sein hormonodépendant. Selon Perey & Zaman (2007), « Depuis quelques années, la mortalité due au cancer du sein est en régression grâce au dépistage précoce mais également au traitement adjuvant » (p. 1).

En dépit des nombreux bénéfices qu'elle apporte, la thérapie antihormonale n'est pas dénuée d'effets secondaires. Un certain nombre d'études se sont penchées sur les symptômes ménopausiques induits ou aggravés par l'hormonothérapie chez les femmes traitées pour un cancer mammaire. Les résultats confirment de nombreux effets indésirables à l'origine de pénibles symptômes.

Bien que la thérapie hormonale substitutive soit le traitement standard des symptômes ménopausiques, elle est clairement contre-indiquée chez les femmes présentant des antécédents de cancer mammaire à récepteurs d'œstrogènes positifs, en raison d'un risque élevé de récurrence du cancer. Un certain nombre de traitement médicamenteux, notamment les antidépresseurs (Clonidine, Paroxétine, Venlafaxine,...) a été expérimenté. Néanmoins, de nombreuses femmes ne souhaitent pas éprouver les effets secondaires associés à un traitement médicamenteux. Pour les soignants, trouver des méthodes alternatives revêt une importance capitale dans l'amélioration des symptômes ménopausiques des femmes traitées par thérapie antihormonale pour un cancer du sein.

¹ Le terme « hormonothérapie » dont il est question dans cette revue fait référence à la thérapie antihormonale et non à la thérapie hormonale substitutive.

1 Le cancer du sein

1.1 Epidémiologie

« Le nombre de cancers du sein identifiés n'a cessé de croître au cours des vingt dernières années. La Suisse est l'un des pays européens les plus touchés » (FDSC, 2011).

Dans notre pays, le cancer ne fait pas partie des maladies dont la déclaration est obligatoire. Par conséquent, il n'existe pas de données statistiques précises relatives au cancer du sein en Suisse. Néanmoins, la ligue contre le cancer (2010) a déclaré une moyenne annuelle de plus de 5200 nouveaux cas et plus de 1300 décès entre 2003 et 2007. Elle relève également que 47% des femmes touchées par le cancer du sein se trouvent dans la tranche des 50 à 69 ans au moment du diagnostic et que 37% des femmes qui en décèdent ont entre 50 et 70 ans. Malgré la progression considérable des traitements, la FDSC (2011) déclare que le cancer mammaire reste la première cause de décès chez les femmes de moins de 60 ans.

1.2 Physiopathologie

Le cancer du sein, également appelé carcinome mammaire, est une tumeur maligne prenant naissance dans le tissu épithélial de la glande mammaire. Au commencement, une cellule anormale issue de plusieurs mutations génétiques de son ADN apparaît. Puis, celle-ci va se diviser. Ces cellules anormales, insensibles aux signaux émis dans leur environnement, vont proliférer de façon anarchique pour venir envahir les cellules saines et donner naissance à une masse appelée néoplasme. « [...], les cancers sont des néoplasmes malins, c'est-à-dire des masses non encapsulées à croissance très rapide, qui peuvent être mortelles » (Marieb, 2005, p.149).

Selon Tutin (2010), chez le 70% des femmes atteintes d'un cancer du sein, la présence d'hormones (œstrogènes) peut promouvoir la croissance des cellules cancéreuses. Von Orelli & Fink (2007), quand à eux, déclarent que la proportion des cancers du sein positifs pour les récepteurs hormonaux est d'environ 80%. En effet, le tissu de la glande mammaire est particulièrement sensible aux effets des hormones sur ses cellules. Il se peut que le cancer garde une partie de cette hormonodépendance et possède ainsi des récepteurs hormonaux, récepteurs des œstrogènes et récepteurs de la progestérone. Ceux-ci se situent à la surface des cellules et favorisent leur croissance lorsque les hormones vont s'y fixer. Ainsi, dans les cancers du sein hormonodépendant, la survie et la prolifération cellulaire sont soutenues par les œstrogènes. Avec l'hormonothérapie, la privation de cette influence

hormonale peut inhiber la prolifération ou encore entraîner la mort des cellules cancéreuses. Ceci peut permettre des effets anti-tumoraux durables. Ces paramètres biologiques sont les premiers mesurés dans les tumeurs du sein car ils permettent de déterminer la probabilité de réponse à un traitement antihormonal.

1.3 Etiologie

Le cancer du sein n'a pas de cause spécifique et unique. La FDCS (2011) a néanmoins identifié des facteurs de risque. La présence de ces derniers ne signifie pas que la maladie est inéluctable mais est un indicateur d'une augmentation du risque de survenue de la maladie. Parmi les principaux facteurs de risque ressortent le sexe féminin, la prédisposition génétique et l'âge. Par ailleurs, une exposition prolongée aux œstrogènes (menstruations), telle qu'une apparition précoce des premières règles, une nulliparité, une ménopause tardive ainsi que d'avoir un enfant après 30 ans constitueraient d'autre part des facteurs de risque moindre. « Selon cette hypothèse, chaque cycle (qui comporte des taux élevés d'œstrogènes endogènes) donne aux cellules mammaires une nouvelle occasion de muter, ce qui augmente les risques de cancer » (Smeltzer & Bare, 2006, p.246).

1.4 Traitement

Selon le Groupe de travail Guideline Cancer du sein cité par Von Orelli & Fink (2007), « le traitement initial du cancer du sein est chirurgical, conservateur dans toute la mesure du possible, suivi d'une radiothérapie locale. Une mastectomie n'est recommandée que si le traitement conservateur est contre-indiqué » (p.800). Les deux auteurs ajoutent que « Dans les tumeurs volumineuses ou si une diminution du volume de la tumeur augmente les chances de succès de la chirurgie conservatrice, un traitement systémique préopératoire est indiqué » (Ibid., p.800).

Par la suite, un traitement adjuvant systémique est administré. Son choix dépend du status des récepteurs hormonaux. Celui-ci comprend la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie ou les thérapies ciblées. Une thérapie antihormonale sera prescrite aux patientes dont les tumeurs sont positives pour les récepteurs hormonaux.

2 L'hormonothérapie

2.1 Historique

Ce chapitre est inspiré d'un article de Delozier (2004) retraçant l'histoire du tamoxifène dans le cancer du sein.

Dans les années 1970, l'hormonothérapie chez la femme non ménopausée comprenait la suppression ovarienne par chirurgie ou par radiothérapie. Chez la femme ménopausée, on préconisait les progestatifs, les androgènes ou les œstrogènes à forte dose. Dans ces années-là, la mise en évidence des récepteurs hormonaux dans les cancers du sein ont donné aux praticiens un facteur prédictif de réponse à l'hormonothérapie. Dès lors, il a été admis que la thérapie antihormonale n'est prescrite que si la tumeur contient des récepteurs hormonaux.

Ce n'est qu'en 1974 que les premières publications concernant le tamoxifène apparaissent. Les études démontraient une efficacité comparable à celle des hormonothérapies alors disponibles. Il entraînait certes des bouffées de chaleur mais n'entraînait pas les pénibles effets secondaires des progestatifs, des androgènes ou encore des œstrogènes. Par conséquent, il remplaça rapidement toutes les hormonothérapies de cette époque. Sa bonne tolérance permit d'envisager son utilisation en adjuvant. C'est en 1980 que les premiers résultats des essais en adjuvant ont été publiés. Dès lors, le tamoxifène a régné en maître sur l'hormonothérapie du cancer du sein.

Il fut pendant près de trente ans le standard dans le traitement adjuvant du cancer du sein. Actuellement, le tamoxifène est concurrencé par les inhibiteurs de l'aromatase chez la femme ménopausée mais reste l'hormonothérapie de référence chez la femme non ménopausée.

2.2 Principales options thérapeutiques

Il existe trois principales options thérapeutiques pour l'hormonothérapie dans les cancers du sein : les anti-œstrogènes, les inhibiteurs de l'aromatase et la suppression ovarienne (Bergerat, 2005 et Coalition européenne contre le cancer du sein, 2008).

Les anti-œstrogènes visent à supprimer l'effet des hormones sexuelles au niveau des récepteurs des cellules tumorales au moyen d'inhibiteurs compétitifs. Ils sont de deux types : les SERMs et les anti-œstrogènes purs.

Les *SERMs* sont des Selective Estrogen Receptor Modulators, dont le chef de file est depuis plus de 30 ans le tamoxifène (Kessar®, Nolvadex®, Oncotam®, Tamofène®, Tamoxifène-ratiopharm®...). Ses composés vont se fixer sur les récepteurs des œstrogènes et donc empêcher ces hormones d'agir. Ainsi, les œstrogènes synthétisés par la femme ne peuvent plus se lier aux récepteurs. Le tamoxifène possède également des actions sur certains tissus en reproduisant partiellement les effets stimulants des oestrogènes. Le tamoxifène est indiqué en général chez la femme non-ménopausée, en traitement adjuvant et dans les traitements des formes évoluées. Il n'est prescrit chez la femme ménopausée qu'en cas d'intolérance ou de contre-indication à un traitement par inhibiteurs de l'aromatase.

Les *anti-œstrogènes purs*, aussi appelés Estrogen Receptor downregulators, agissent aussi au niveau des récepteurs des œstrogènes en entrant en compétition avec ces hormones. Dans cette classe, le fulvestrant (Faslodex®) est couramment utilisé. Il exerce sur le récepteur un effet antagoniste pur et va donc diminuer leur nombre dans la tumeur. Ces médicaments n'ont par contre aucun effet similaire aux œstrogènes. Ils ne sont indiqués pour l'instant que dans des formes avancées de cancers du sein en cas d'échec du tamoxifène et en général chez les femmes ménopausées.

Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) ou anti-aromatases agissent par suppression de la production d'œstrogènes d'origine périphérique. Il en existe trois produits : l'exemestane (Aromasine®), l'anastrozole (Arimidex®) et le letrozole (Fémara®). L'aromatase est une enzyme qui permet la transformation des androgènes en œstrogènes. Elle se trouve principalement dans le tissu graisseux et le foie. Chez la femme ménopausée dont les ovaires ne produisent plus d'œstrogènes, c'est principalement l'aromatase qui en permet la synthèse. En bloquant cette enzyme, les inhibiteurs de l'aromatase vont supprimer la sécrétion résiduelle d'œstrogènes qui persiste après la ménopause ce qui va entraîner une diminution des œstrogènes au niveau de la tumeur. Ainsi, les récepteurs des œstrogènes ne seront plus activés. Leur utilisation est limitée aux femmes ménopausées ou ayant subies une suppression ovarienne (physique ou par analogues LHRH), en traitement adjuvant ou en traitement séquentiel après le tamoxifène.

La suppression ovarienne (SO) est une technique visant à supprimer la production d'œstrogènes d'origine ovarienne. Dans cette technique, nous trouvons la suppression directe de la production ovarienne par *castration chirurgicale*, actuellement controversée en raison du risque cancérigène sur l'endomètre, et la *castration médicale par agoniste de*

la LHRH (*Luteinizing Hormone Releasing Hormone*). Les analogues de la LHRH produisent une ménopause artificielle et réversible en entraînant une chute des œstrogènes synthétisés par les ovaires. Ces derniers peuvent être associés au tamoxifène. La suppression ovarienne est réservée aux femmes avant la ménopause mais actuellement, elle n'est plus utilisée en première intention.

2.3 Indications et efficacité

Une revue de Delozier (2005) décrit l'administration de l'hormonothérapie en situation adjuvante dans les cas de cancers du sein hormonodépendant.

Selon l'auteur, l'efficacité du tamoxifène chez la femme non ménopausée est prouvée dans plusieurs études. La prise du tamoxifène durant 5 ans réduirait le risque de rechute de 34% et de décès de 24%. En ce qui concerne les inhibiteurs de l'aromatase, il n'y aurait actuellement aucune donnée justifiant leur utilisation chez la femme non ménopausée. L'auteur déclare que chez la femme jeune, le tamoxifène reste le traitement de référence dans les cancers du sein hormonodépendant.

Pour la femme ménopausée, il constate que le tamoxifène réduirait les risques de rechute de 31% et de décès de 18%. Trois essais inclus dans cette revue ont pu démontrer la nécessité d'un traitement de 5 ans par tamoxifène. Cependant, ce dernier serait actuellement concurrencé par les inhibiteurs de l'aromatase qui ont montré leur intérêt dans trois autres grands essais (ATAC, IES, MA-17) chez la femme ménopausée. L'essai ATAC préconiserait un inhibiteur d'emblée, l'essai IES proposerait un inhibiteur en substitution du tamoxifène si le traitement a été initié par celui-ci et l'essai MA-17 soutiendrait la prise d'un inhibiteur en relais au tamoxifène. Néanmoins, l'auteur relève que ces trois essais ne permettent pas de définir si la séquence tamoxifène-inhibiteur est préférable à l'inhibiteur seul.

Dans leur article, Von Orelli & Fink (2007) relèvent des données similaires quant aux recommandations des chercheurs. Ils confirment l'efficacité du tamoxifène chez la femme non ménopausée ainsi que l'intérêt des inhibiteurs de l'aromatase chez la femme ménopausée.

2.4 Effets secondaires

La baisse de l'activité oestrogénique induite ou aggravée par la prise d'un traitement antihormonal est à l'origine de nombreux symptômes ménopausiques expérimentés par les

femmes ayant un cancer mammaire. « L'hormonothérapie entraîne, [...], une ménopause précoce ou une majoration des symptômes qui lui sont associés » (Dupont & al., 2007, p.175).

Une récente revue de littérature de Cella & Fallowfield (2008) présente une synthèse des symptômes des patientes sous thérapie hormonale. Les principaux symptômes communs au tamoxifène et aux inhibiteurs de l'aromatase relevés dans cette revue sont les bouffées de chaleurs, les sueurs nocturnes, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, la fatigue, la sécheresse vaginale et les troubles de la fonction sexuelle. Néanmoins, les bouffées de chaleur sont observées avec une incidence plus élevée chez les femmes sous tamoxifène en comparaison aux inhibiteurs de l'aromatase. Exerçant partiellement une activité agoniste aux œstrogènes, le tamoxifène augmente la fréquence des événements thromboemboliques et favorise l'hyperplasie de l'endomètre pouvant être la cause de saignements vaginaux et dans de plus rares cas, de cancer d'utérus. En revanche, le tamoxifène prévient l'ostéoporose en reproduisant les effets stimulants des œstrogènes. Ce n'est pas le cas des inhibiteurs de l'aromatase qui provoquent une privation totale des œstrogènes. Ces derniers peuvent être responsables d'une résorption osseuse et d'une ostéoporose. En conséquence, des symptômes musculo-squelettiques tels que les douleurs articulaires sont fréquemment évoqués chez les femmes sous inhibiteurs de l'aromatase.

Le Comité de Pathologie Mammaire de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy (2007) relève des symptômes similaires. Dans l'étude, Malinovszky & al. (2004), les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et la fatigue font également partie des symptômes les plus relatés par les femmes sous thérapie antihormonale.

La littérature scientifique s'est passablement intéressée aux symptômes ménopausiques que peuvent expérimenter les femmes sous thérapie antihormonale. Il est généralement observé que les effets indésirables les plus fréquents et communs à toutes les options de l'hormonothérapie sont les bouffées de chaleur.

Dans leur étude, Malinovszky & al. (2004), ressortent qu'environ 55% des femmes sous traitement antihormonal rapportent des bouffées de chaleur. Hunter & al. (2004) cité par Dupont & al. (2007) en retrouvent respectivement 80%.

D'après Debourdeau & al. (2004) « Le tamoxifène majore [...] la fréquence et l'intensité des bouffées de chaleur » (p.340). L'étude menée par l'équipe de McPhail (2000) cité par Debourdeau (2004) appuie cette affirmation en démontrant chez 200 patientes traitées pour

un cancer du sein, 200 témoins rapportant des bouffées de chaleurs plus intenses en cas de prise de tamoxifène.

3 Problématique

Chez les femmes souffrant d'un cancer du sein hormonosensible, un traitement au tamoxifène diminue le risque de récurrence de l'ordre de 39% à 46% et le risque de décès dans des proportions comprises entre 26% et 31%. On estime que l'utilisation de tamoxifène permet d'éviter chaque année, dans le monde, près de 40'000 décès liés au cancer du sein (Celis & al., 2008, p.7).

En dépit des nombreux bénéfices qu'apporte l'hormonothérapie dans la prise en charge des cancers du sein hormonodépendant, elle n'est néanmoins pas dépourvue d'effets secondaires pénibles altérant la qualité de vie des patientes. L'Organisation Mondiale de la Santé (1993) cité par Dupont & al. (2007) définit la qualité de vie de la manière suivante :

Perception qu'un individu a de sa place dans sa vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un contexte très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement (p.174-175).

En effet, comme il est mentionné et appuyé par des résultats d'études dans le chapitre « 2.4 *Effets secondaires* », les effets indésirables d'une hormonothérapie adjuvante ne sont pas négligeables. Malinowszky & al. (2004) confirment qu'une proportion élevée de femmes peuvent être bouleversées par les effets secondaires d'un traitement antihormonal.

Malgré tout, pour être au maximum de son efficacité, l'hormonothérapie doit être suivie de manière optimale. Les patientes doivent faire preuve d'une très grande observance. En effet, il est primordial de suivre pendant plusieurs années un traitement adjuvant hormonal tel que le tamoxifène pour permettre de prévenir une récurrence du cancer du sein. Des études ont montré que l'effet bénéfique du tamoxifène sur le risque de récurrence survient principalement au cours des cinq premières années qui suivent le diagnostic. « Toutefois, si le tamoxifène est administré pendant moins de 5 ans [...], le pourcentage de récurrences du cancer du sein et décès des suites de la maladie augmente » (Celis & al., 2008, p.7). Or Tutin (2010) constate que le tamoxifène représente 7 à 8% d'arrêts de traitement à 5 ans.

Etant donné que « *drugs don't work in patients who don't take them* » (Everett Koop cité par Celis & al., 2008, p.8), il est très important de respecter une observance thérapeutique maximale pour bénéficier des effets positifs du médicament. L'OMS cité par Celis & al. (2008) définit actuellement l'observance thérapeutique comme telle :

Mesure dans laquelle le comportement d'un patient (relatif à la prise de médicaments, au suivi d'un régime ou la modification du mode de vie) correspond aux recommandations d'un prestataire de soins de santé (médecin, infirmière,...), à condition que tous deux aient conclu des accords au préalable (p.8).

Cependant, plusieurs études démontrent une mauvaise adhérence au traitement en ce qui concerne le tamoxifène. Partridge & al. (2003) soulèvent que près d'un quart des patientes de leur cohorte avaient une mauvaise adhérence au tamoxifène et qu'après quatre ans de traitement, le taux d'observance a diminué de 50%. Dans son étude, Atkins & Fallowfield (2006) cité par Ruddy & al. (2009) a observé que le 55% des patientes reportaient ne pas prendre correctement, fréquemment ou occasionnellement, leur traitement de tamoxifène. Barron & al. (2007) cité par Ruddy & al. (2009) ne démontrent qu'un taux d'adhérence au tamoxifène de 77,9% à un an et 64,8% à trois ans et demi. Celis & al. (2008) quant à eux, constatent qu'au terme de leur étude, 19,9% des patientes ont arrêté prématurément la prise de tamoxifène dont 6,2% durant la première année de traitement.

Il paraît difficile pour ces patientes d'observer de manière optimale leur traitement par tamoxifène. Certes, les effets secondaires et la durée de traitement ne sont pas négligeables mais l'observance thérapeutique doit absolument être améliorée. L'importance d'une amélioration de l'adhérence au traitement sur la durée est telle que « [...] la tendance se précise clairement que les patientes ayant un carcinome du sein endocrinosensible, avec leur proportion de récurrence à long terme pratiquement constante, doivent être traitées plus longtemps que ce n'est le cas actuellement » (Von Orelli & Fink, 2007, p.804).

Il est primordial pour nous autres, infirmières, d'aider ces femmes dans la gestion des effets secondaires du traitement hormonal afin qu'elles puissent adhérer au mieux, à long terme, au traitement prescrit et ainsi, augmenter leur taux de survie.

En ce qui concerne les soins infirmiers, il est plus pertinent de parler de symptômes expérimentés. En effet, dans la pratique, les patientes vont faire référence à l'expérience qu'elles ont avec ces symptômes et non aux effets indésirables que produit le médicament sur leur organisme. Le terme d'effets secondaires est un paradigme médical peu compréhensible pour les patientes. L'infirmière va recueillir les symptômes décrits par la patiente et va ensuite faire le lien avec les effets secondaires proprement dit du traitement.

Au vu de cette analyse de littérature émerge un problème : les symptômes ménopausiques induits ou aggravés par une thérapie antihormonale chez la femme traitée pour un cancer du sein peuvent conduire à une mauvaise observance thérapeutique et dans certain cas, à l'arrêt du traitement.

D'après le modèle de gestion des symptômes décrit par Dodd & al. (2001), l'infirmière a un rôle à jouer dans la gestion des symptômes expérimentés par les patientes et dans le soutien de celles-ci face à cette gestion. Essayer de soulager et de chercher des moyens à mettre en place afin de gérer au mieux ces symptômes désagréables, pourrait rendre la période de traitement par hormonothérapie moins contraignante. Être en mesure de pouvoir aider ces femmes dans la gestion des symptômes qu'elles expérimentent suite à leur traitement est primordial. En effet, une non-adhérence au traitement pourrait engendrer de graves conséquences quant à leur pronostic de guérison. En tant que professionnelle de la santé, il est de notre devoir de tout mettre en œuvre afin de permettre une prise en charge de nos patientes des plus pertinentes.

Une question se pose clairement pour les infirmières : quelles méthodes alternatives peuvent-elles proposer pour améliorer la gestion des symptômes ménopausiques expérimentés par les femmes atteintes d'un cancer du sein hormon-dépendant suite aux effets indésirables d'un traitement antihormonal ?

4 Objectif

Le but de cette revue de littérature est de déterminer quelles interventions ou moyens alternatifs, non pharmacologiques, l'infirmière pourrait proposer pour améliorer la gestion des symptômes ménopausiques expérimentés par les femmes atteintes d'un cancer du sein hormonodépendant suite aux effets indésirables d'un traitement antihormonal.

5 Cadre de référence

5.1 Choix du cadre de référence

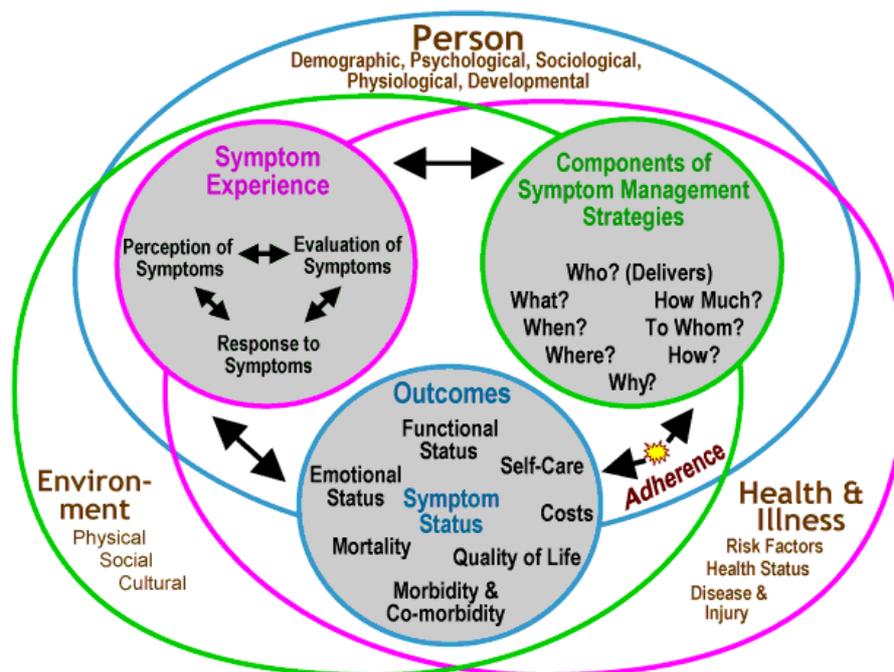
Un cadre de référence infirmier tel que celui présenté par Dodd & al. (2001) « Le modèle de gestion des symptômes » est tout à fait en adéquation avec ladite question de recherche de cette revue de littérature puisqu'il traite de la gestion des symptômes lors d'un cancer. Trouver des moyens ou interventions alternatives, non-pharmacologiques, basés sur des preuves, que nous, infirmières, pourrions proposer aux patientes afin d'améliorer la gestion de leurs symptômes peut être guidé par ce modèle.

5.2 Description du cadre de référence

Le modèle de gestion des symptômes décrit par Dodd & al. (2001) a été développé récemment par des chercheuses infirmières de l'université de San Francisco en Californie.

Il peut être utilisé par des cliniciens, aussi bien dans l'évaluation que dans la sélection d'interventions, pour des symptômes isolés ou groupés. Ce modèle suggère cinq choses :

- L'auto-rapport fait par le patient lui-même est la seule véritable manière de savoir quelle est l'expérience qu'il vit
- Les personnes qui ont des symptômes peuvent les prévenir ou improviser des interventions en fonction de leurs symptômes antérieurs
- Les personnes qui ne peuvent pas communiquer verbalement, peuvent tout de même avoir des expériences avec ces symptômes
- La gestion des symptômes peut être faite directement par l'individu, par sa famille mais encore par l'environnement
- L'expérimentation des symptômes peut influencer le contexte et l'issue aussi bien que le processus dynamique de gestion des symptômes peut changer cette influence



The Symptom Management Model (University of California, San Francisco, 2009)

Les éléments-clés de ce modèle sont l'expérience des symptômes, l'issue et le statut du symptôme ainsi que les stratégies de gestion de ceux-ci. Tous ces éléments ont un impact sur le patient tel que le stade de développement et le sexe, la santé et la maladie, les comorbidités et les invalidités ainsi que l'environnement, la culture et le milieu social des patients et de leur situation.

Les symptômes peuvent engendrer des changements de perceptions dans les sensations ou dans les comportements habituels. Ces perceptions font partie de l'expérience.

On peut donner sept attributs aux symptômes : l'emplacement, la qualité, la quantité ou la sévérité, la durée, le cadre dans lequel ils ont lieu, les facteurs qui peuvent l'améliorer ou l'aggraver et les manifestations qui lui sont associées. Ces sept attributs peuvent être évalués par les personnes concernées ou par les infirmières durant l'évaluation du statut des symptômes.

Les mêmes symptômes peuvent être vécus de manière très différente selon les personnes et selon leur stade de la maladie. Prenons l'exemple d'une jeune femme avec un cancer du sein dont le traitement lui provoque une ménopause prématurée. Elle le vivra sans doute différemment d'une femme d'âge mûre ayant une ménopause naturelle.

Les stratégies de gestion des symptômes incluent celles utilisées par le patient lui-même, celles recommandées par les professionnels de la santé et celles provenant d'autres sources.

Les stratégies de gestion des symptômes que recommandent les professionnels de la santé dépendent de la connaissance des préférences du patient, du contexte clinique ou culturel et bien évidemment de preuves scientifiques.

6 Méthodologie

6.1 Devis de recherche : revue de littérature étoffée

Une revue de littérature étoffée est un devis tout à fait adéquat pour répondre à la question de recherche. En effet, selon Loisele (2007), elle permet de faire le point des connaissances sur un sujet intéressant pour la pratique infirmière. En relevant ce qui a déjà été étudié et en cernant les lacunes dans un ensemble de travaux de recherche, la revue de littérature étoffée consiste en un excellent résumé de l'état des connaissances touchant un problème ou des questions de recherche. Elle projette vers de nouveaux horizons en amenant d'autres questionnements ou problématiques et permet de mettre en lumière l'importance d'une nouvelle étude. La revue de littérature étoffée offre aussi une possibilité de mise au point des façons de faire dans un but d'amélioration de la pratique infirmière. En effet, les résultats acquis permettront de proposer aux patientes des moyens ou des interventions fondées sur des preuves afin d'améliorer la gestion de leurs symptômes. C'est grâce à de tels travaux que les sciences infirmières peuvent se

développer et que les changements apportés à la pratique sont appuyés par des données scientifiques. De plus, il semble important de relever que la revue de littérature constitue un devis pour les novices en leur permettant de se baser sur des recherches déjà publiées.

6.2 Etapes de réalisation

Afin de répondre au questionnement de cette revue de littérature, de nombreuses recherches ont été exécutées. Ces dernières ont principalement été faites sur la banque de données PubMed. En effet, PubMed est le principal moteur de recherche de données bibliographiques des domaines de spécialisation de la biologie et surtout de la médecine et des soins infirmiers. Les recherches se sont déroulées entre mars 2010 et mai 2011.

Dans un premier temps, une détermination des termes-MeSH a été nécessaire afin de pouvoir les utiliser dans la base de données PubMed/Medline. Ceux-ci ont permis la découverte d'une multitude d'articles concernant la thématique. Cependant, aucun terme-MeSH faisant référence à la thérapie antihormonale n'a pu être saisi. Des recherches simples ont été menées ultérieurement dans PubMed. Celles-ci ont permis de cibler précisément des études en lien avec la question de recherche. Par ailleurs la fonction *Related Citations* a été utilisée. Elle a permis de diriger les recherches vers d'autres études tout à fait pertinentes. Enfin, la consultation des références de divers articles ou études ont permis de retenir quelques recherches intéressantes pour cette revue.

Afin de cibler des études judicieuses et pertinentes à l'élaboration de cette revue de littérature, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été instaurés.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

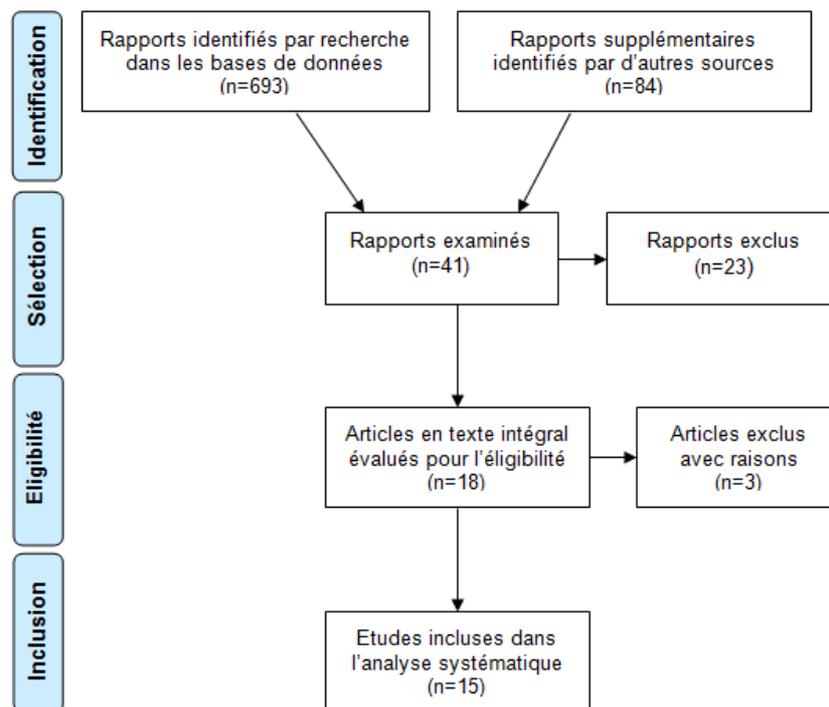
- Les études expérimentales, quasi-expérimentales ou observationnelles prospectives
- La gestion des symptômes ménopausiques
- Des moyens ou des interventions non-pharmacologiques
- Les symptômes ménopausiques associés à un traitement antihormonal
- Les femmes, ménopausées ou non, ayant un cancer mammaire ou ayant des antécédents de cancer mammaire

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les études publiées avant 2000
- Les études autres qu'en français ou en anglais
- Les symptômes ménopausiques expérimentés par les femmes saines
- Les études excluant les femmes sous thérapie antihormonale
- Les méthodes de gestion médicamenteuses

Au terme des recherches, quinze études ont pu être retenues et incluses à la revue de littérature. Une analyse critique de chacune a permis de mettre en évidence leur pertinence. Après lecture approfondie de ces études, une traduction sous forme de résumés a dû être réalisée afin d'avoir une compréhension plus fine de leur contenu. Par la suite, une grille de synthèse de ces études a également été élaborée (grille de synthèse en annexe). Cette dernière a permis de mettre en évidence différentes interventions afin de pouvoir les catégoriser plus aisément dans les résultats.

6.3 Flow Chart et stratégies de recherches



Flow Chart de l'histoire de mes recherches

Inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram de Moher & al. (2009)

Plusieurs termes-MeSH ou termes simples ont été utilisés et associés de différentes manières pour pouvoir identifier des données susceptibles de répondre à la question de recherche. Un total de 693 rapports a pu être identifié dans la base de données de PubMed. Par l'application *Related Citations* et par les références de certains articles, 84 rapports supplémentaires ont pu être identifiés. Après lecture des titres de tous les rapports, seuls 41 ont été sélectionnés. Ces derniers ont été examinés par lecture de leur résumé et 18 articles ont pu être évalués pour l'éligibilité. Après lecture de ces articles, trois ont été exclus pour des raisons de faiblesses des études. Quinze études correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment et ont pu être incluses dans la revue de littérature. Les

stratégies de recherches ayant permis l'identification des études utilisées pour l'élaboration de cette revue se trouvent en annexe.

7 Résultats

Cette revue de littérature comprend quinze études quantitatives, dont onze expérimentales et quatre observationnelles. La totalité des études a reçu un aval d'une commission éthique. Huit études ont été menées en Amérique du Nord (États-Unis et Canada) et sept en Europe (Pays-Bas, Angleterre, Ecosse et Allemagne). Les études de cette revue ont été réalisées entre 2000 et 2011.

Pour trois études l'échantillon est plus grand que 100 participantes, pour huit il est compris entre 50 et 100 et pour quatre il est en dessous de 50 participantes.

Chacune des participantes aux études étaient ou avaient été traitées pour un cancer du sein et présentaient des symptômes ménopausiques, pour la majorité induits ou aggravés par un traitement antihormonal tel le tamoxifène. Les symptômes les plus relatés par les participantes comprenaient les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles de l'humeur et les douleurs articulaires.

En moyenne, 75 à 100% des participantes de cinq de ces études suivaient un traitement antihormonal. Dans six autres études, nous retrouvons entre 50 et 75% des participantes sous traitement antihormonal et dans trois études moins de 50%. Seule une étude incluant également les participantes sous traitement antihormonal n'en précise pas le nombre. Pour treize de ces études, le traitement antihormonal des participantes ne comprenait que le tamoxifène et pour les deux autres il comprenait tamoxifène et inhibiteurs de l'aromatase. La moyenne d'âge des participantes se trouvait entre 51 et 59 ans pour treize études. Une autre étude mentionne que les deux tiers de ses participantes étaient âgées de 50 ans ou plus et une seconde signale que la moitié de leur échantillon oscillait entre 50 et 59 ans.

Toutes les études recensées évaluent un moyen ou une intervention pour tenter de diminuer les symptômes ménopausiques, pour la majorité, induits ou aggravés par la prise d'un traitement antihormonal, chez des femmes traitées pour un cancer mammaire.

Une première étude évalue un programme de yogathérapie et une seconde traite d'un entraînement de relaxation. Deux études font des comparaisons, l'une compare la relaxation à l'électro-acupuncture et l'autre l'acupuncture à la Venlaxafine. Une cinquième s'intéresse à l'acupuncture uniquement. Trois études se penchent sur les bénéfices de l'homéopathie et quatre sur ceux de la phytothérapie, dont deux sur le soja, une sur le

Millepertuis et une dernière sur l'Actée à grappes noires. Seule une étude de cette revue de littérature s'intéresse à l'hypnose. La dernière, quant à elle, tente d'évaluer un programme interventionnel d'accompagnement de la population en question.

En fonction des différentes interventions étudiées dans ces quinze études, les résultats ont pu être classifiés en cinq catégories : *Relaxation et yogathérapie*, *Acupuncture*, *Homéopathie*, *Phytothérapie* et *Autres méthodes*.

7.1 Relaxation et yogathérapie

L'origine des bouffées de chaleur semble être due à des modifications du centre de thermorégulation de l'hypothalamus, plus spécifiquement au niveau de l'activité de certains de ces neurotransmetteurs. La réponse à la relaxation influence directement le centre de ces neurotransmetteurs et suppose que celle-ci aie des effets favorables notamment sur les bouffées de chaleur par modulations de leur activité (Fenlon & al., 2008 et Nedstrand & al., 2005).

Une activation sympathique exacerbée est également impliquée dans l'apparition des bouffées de chaleur. Le yoga permettrait le déclenchement d'une réaction de détente telle qu'une augmentation des volumes respiratoires et une diminution de la fréquence cardiaque. La possibilité que le yoga et les techniques de relaxation puissent diminuer les bouffées de chaleur et les symptômes associés chez les femmes traitées pour un cancer du sein est vraisemblablement suggérée. Enfin, l'acceptation de ses propres expériences vécues à chaque instant est l'une des conditions essentielles du yoga. Le rôle d'un sens positif de l'acceptation dans la diminution de la détresse malgré la présence de symptômes gênants pour la vie quotidienne constitue l'une des principales voies de recherche (Carson & al., 2009).

Dans leur étude expérimentale, Carson & al. (2009) ont démontré les bénéfices d'une yogathérapie sur les symptômes ménopausiques de la population en question. La pratique d'une session hebdomadaire collective de 120 minutes de yoga, sur une période de deux mois, a été évaluée dans leur étude. Chaque session comprenait une relaxation (méditation et techniques respiratoires), une phase de vitalité (postures) et un moment d'acceptation (étude de thèmes pertinents et discussions collectives).

Des améliorations significatives dans le groupe yoga, en comparaison avec le groupe contrôle (liste d'attente), en termes de fréquence quotidienne des bouffées de chaleur ($p=0,0017$), d'intensité de celles-ci ($p=0,0019$) et en termes de scores totaux obtenus pour

les bouffées de chaleur ($p=0,0001$) ont été observées. De plus, des améliorations significatives dans le groupe yoga, des douleurs articulaires quotidiennes ($p=0,0001$), de la fatigue ($p=0,001$), des troubles du sommeil ($p=0,0071$), de la vitalité ($p=0,0046$) et de la gêne induite par les symptômes ($p=0,0001$) ont également été observées.

A plus long terme, la yogathérapie a apporté des effets positifs durables. Des améliorations significatives après trois mois post-traitement, dans le groupe yoga, pour les bouffées de chaleur ($p=0,0001$), les douleurs articulaires ($p=0,0001$), la fatigue ($p=0,001$), la gêne induite par les symptômes ($p=0,0001$) et la vitalité ($p=0,0001$) ont été constatées. Des améliorations significatives supplémentaires, également après trois mois post-traitement, telles qu'une amélioration de l'humeur négative ($p=0,0001$), de la capacité à se détendre ($p=0,0324$) et de l'acceptation ($p=0,0001$) sont apparues.

L'étude observationnelle de Nedstrand & al. (2005) a confirmé une réelle diminution du nombre de bouffées de chaleur ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie grâce à la relaxation. Les chercheurs ont évalué douze sessions de relaxation, sur une période de trois mois, à raison d'une session hebdomadaire. Le programme de relaxation comprenait une petite formation (liens relaxation-symptômes et principes de base), une pratique de la relaxation (progressive puis contrôlée) et enfin une instruction à l'autorelaxation à domicile.

Une diminution du nombre de bouffées de chaleur a déjà été observée après quatre semaines de relaxation ($p=0,001$), puis après douze semaines ($p=0,0001$) et enfin six mois après la fin du traitement ($p=0,0001$). La réponse de l'organisme à la relaxation a permis d'atténuer les symptômes climatériques et de là, améliorer la qualité de vie des patientes. Une réduction significative du score de *l'indice de Kupperman* ($p=0,001$), en termes d'importance des symptômes climatériques, à quatre semaines, à douze semaines et après six mois post-traitement, a été relevée.

La diminution du nombre de bouffées de chaleur ainsi que la réduction du score de *l'indice de kupperman* six mois après la fin du traitement ont permis de soulever les effets durables de la relaxation en termes d'augmentation de la qualité de vie.

Les bénéfices de la relaxation sur les bouffées de chaleur ont également été décrits dans l'étude expérimentale de Fenlon & al. (2008). Dans un premier temps, une formation à la relaxation, comprenant les bases de la gestion du stress puis les techniques de respirations et de relaxation musculaire, a été enseignée aux participantes. Un guide imagé ainsi qu'une

cassette audio ont été donnés aux participantes afin qu'elles puissent pratiquer l'autorelaxation à la maison durant une période de trois mois.

Après un mois, une amélioration significative des bouffées de chaleur ($p=0,001$) chez 22% des participantes du groupe relaxation a été observée en comparaison au groupe contrôle (soins usuels). Une amélioration significative de la sévérité des bouffées de chaleur ($p=0,001$) a également pu être démontrée dans le groupe relaxation. Après trois mois, des améliorations non significatives ont été observées pour le nombre et la sévérité des bouffées de chaleur ($p=0,06$ et $p=0,05$) dans le groupe relaxation. Les auteurs ont démontré, de plus, une diminution de l'impact négatif des bouffées de chaleur sur la vie de ces femmes. Une amélioration significative de l'impact des bouffées de chaleur sur la vie des patientes du groupe relaxation après un mois ($p=0,01$) a été démontrée. Une amélioration non significative de la perception des bouffées de chaleur en termes de problème et en termes d'interférence avec la vie quotidienne ($p=0,06$ et $p=0,09$) a été constatée. Cette amélioration était toujours non significative à trois mois. Par contre, dans cette étude, la relaxation n'a pas permis d'atténuer l'anxiété des patientes.

7.2 Acupuncture

Le principe fondamental de l'acupuncture est l'intervention directe sur la circulation de l'énergie vitale (le Qi). Celle-ci circule dans le corps par la voie des méridiens. Les aiguilles insérées à la surface de la peau stimulent des points d'acupuncture précis afin de régulariser le Qi. Ces points permettent de revigorer le corps en tonifiant le yin (forces de type passif, ombre, froid, humidité,...) et en diminuant la chaleur corporelle. En d'autres termes, l'acupuncture permet de renforcer les processus d'autorégulation (Hervik & Mjaland, 2009).

Les symptômes vasomoteurs, notamment les bouffées de chaleur, semblant avoir pour origine des modifications du centre de thermorégulation de l'hypothalamus, voient leur incidence améliorée grâce à l'acupuncture.

En effet, quatre études incluses dans cette revue de littérature ont démontré la réelle efficacité de l'acupuncture dans le traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes traitées pour un cancer du sein. La qualité de vie des patientes traitées par acupuncture a été considérablement augmentée par l'amélioration des symptômes ménopausiques démontrés dans ces études. La diminution de ces derniers, notamment des bouffées de chaleur, a engendré une amélioration des troubles du sommeil, de la fatigue, des troubles de l'humeur, de l'anxiété et de la sexualité, entre autres, et a contribué

étroitement à une meilleure qualité de vie de ces femmes (Nedstrand & al., 2005, Hervik & Mjaland, 2009, Walker & al., 2010, et De Valois & al., 2010).

Les études expérimentales de Hervik & Mjaland (2009), de Walker & al. (2010) et l'étude observationnelle de De Valois & al. (2010), relèvent une diminution des bouffées de chaleur de 50% après un traitement par acupuncture. Ces mêmes auteurs démontrent également les effets positifs de l'acupuncture sur le long terme.

Dans leur étude observationnelle, Nedstrand & al. (2005) voulaient évaluer l'efficacité de trois mois d'acupuncture à raison de 30 minutes deux fois par semaine les deux premières semaines puis une fois par semaine les dix semaines suivantes. Dans cette étude, douze aiguilles étaient insérées entre 0,5 et 2 cm de profondeur sur des points définis et quatre aiguilles situées en bas du dos étaient reliées à un appareil de stimulation électrique. Les auteurs ont démontré une diminution significative du nombre de bouffées de chaleur à quatre semaines ($p=0,001$), à douze semaines ($p=0,0001$) et à six mois après la fin du traitement ($p=0,0001$). Une réduction du score de *l'indice de Kupperman* en termes d'importance des symptômes climateriques a également pu être observée à quatre semaines ($p=0,001$), à douze semaines ($p=0,001$) et à six mois post-traitement ($p=0,001$).

L'étude expérimentale de Hervik & Mjaland (2009) visait l'évaluation de dix semaines d'acupuncture traditionnelle chinoise à raison de 30 minutes deux fois par semaine durant les cinq premières semaines puis une fois par semaine durant les cinq semaines suivantes. L'acupuncture était réalisée avec des aiguilles introduites entre 0,5 à 3 cm de profondeur. Une sélection de huit points d'acupuncture unilatéraux situés le long des méridiens a été définie d'après les manuels de médecine chinoise.

Les auteurs observent une diminution significative de la fréquence des bouffées de chaleur de 50% ($p=0,001$) dans le groupe acupuncture traditionnelle chinoise, en cours de traitement, avec une diminution supplémentaire de 30% ($p=0,0017$) au cours des douze semaines suivant le traitement. Aucune amélioration significative n'a été observée dans le groupe acupuncture factice (acupuncture minimale avec aiguilles introduites entre 0,2 et 0,3 cm et, en dehors de points définis) ni durant le traitement ($p=0,382$), ni les douze semaines suivantes ($p=0,86$).

Une diminution significative des sueurs nocturnes de 60% ($p=0,001$) dans le groupe expérimental avec une diminution supplémentaire de 30% ($p=0,006$) au cours de douze semaines suivantes ont été observées. Une diminution significative des sueurs nocturnes de

25% ($p=0,01$) a également été observée dans le groupe factice mais ces dernières ont à nouveau augmenté ($p=0,52$) au cours des douze semaines suivantes.

En termes de qualité de vie, une diminution significative de 44% de *l'indice de Kupperman* ($p=0,001$) dans le groupe expérimental, en post-traitement, a été observée. Cette diminution s'est largement confirmée au cours des douze semaines suivantes ($p=0,001$). Dans le groupe acupuncture factice, une diminution de 10% de *l'indice de Kupperman* ($p=0,06$) a été constatée mais le score a augmenté à nouveau au cours des douze semaines suivantes ($p=0,52$).

L'étude observationnelle de De Valois & al. (2010) a permis d'observer l'efficacité de deux mois d'acupuncture à raison d'une séance hebdomadaire. Les auteurs parlent d'acupuncture intégrée avec une mise en place d'un protocole comprenant la canalisation de l'énergie vitale ainsi qu'une sélection individuelle de points d'acupuncture en fonction du diagnostic.

Une réduction post-traitement de la fréquence des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes de presque 50% a été observée. De plus, 85,4% des participantes ont rapporté un certain degré de diminution. A quatre et huit semaines post-traitement, une diminution de 41% des bouffées de chaleurs et des sueurs nocturnes a pu être observée.

De plus, une amélioration des conditions physiques et émotionnelles de part des améliorations significatives des troubles du sommeil ($p=0,0001$), de la mémoire/concentration ($p=0,0001$), des symptômes vasomoteurs ($p=0,0001$), de l'anxiété/appréhension ($p=0,0001$), des symptômes somatiques ($p=0,0001$), des troubles du cycle menstruel ($p=0,0001$) et des habitudes sexuelles ($p=0,008$) a été démontrée.

Dans leur étude expérimentale, Walker & al. (2010) comparent l'acupuncture à la Venlaxafine (ou Effexor, antidépresseur). L'acupuncture a été dispensée durant trois mois, à raison de deux séances par semaine le premier mois et une séance hebdomadaire les deux mois suivants. Les aiguilles ont été insérées entre 0,635 et 1,27 cm. Il n'y avait pas de stimulation électrique. Trois points primaires d'acupuncture communs à toutes les patientes pour les symptômes ménopausiques généraux ont été utilisés, puis, neuf points secondaires, individualisés aux patientes selon une évaluation de médecine chinoise traditionnelle ont été déterminés.

L'acupuncture a montré des effets équivalents à la thérapie médicamenteuse par Venlaxafine et est, de plus, nettement mieux tolérée que cette dernière qui provoque de nombreux effets indésirables. Autant la Venlaxafine que l'acupuncture ont apporté des

bénéfices en termes de bouffées de chaleur, de symptômes dépressifs, de santé psychique et d'autres symptômes ménopausiques altérant la qualité de vie.

Dans les deux groupes, une diminution de 50% des bouffées de chaleur entre le début et la fin du traitement a pu être observée avec une amélioration significative dans les deux groupes ($p=0,036$) et dans le temps ($p=0,001$). Dans les deux groupes, une amélioration significative de la sévérité des bouffées de chaleur a été démontrée ($p=0,001$). Après deux semaines post-traitement, les bouffées de chaleur pour le groupe Venlafaxine ont à nouveau augmenté mais pas pour le groupe acupuncture où les scores en termes de bouffées de chaleur sont restés diminués.

Dans les deux groupes, une amélioration significative des résultats obtenus au *Beck Depression Inventory-Primary Care (BDI-PC)* ($p=0,001$), au *Menopause specific Quality of Life Questionnaire (MenQOL)* ($p=0,002$) et au *Short Forme 12-Item Survey (SF-12)* ($p=0,007$) a été démontrée.

Une mise en évidence de 18 effets indésirables dans le groupe traité par Venlafaxine a pu être observée contre zéro effet indésirable pour le groupe traité par acupuncture avec une différence significative entre ces deux groupes ($p=0,002$).

7.3 Homéopathie

L'homéopathie repose sur le principe de la similitude. Ce dernier veut qu'une substance provoquant un symptôme chez un individu en santé puisse guérir une personne malade chez qui se manifeste ce même symptôme. Il s'agit de la célèbre formule : le semblable guérit le semblable. L'homéopathie soutient l'idée que le corps possède en lui la force de générer un processus naturel de guérison. De là, l'homéopathie tente de stimuler ce processus (Jacobs & al., 2005).

Il existe deux principales approches homéopathiques : l'homéopathie classique ou uniciste (homéopathie individualisée) qui consiste à prescrire un seul et même remède homéopathique dans le traitement des symptômes présentés par le malade et l'homéopathie pluraliste ou complexiste (homéopathie associée) qui correspond à une association, dans un seul comprimé, de plusieurs remèdes différents connus pour leur efficacité sur un symptôme particulier (Ibid.).

L'étude observationnelle de Thompson & Reilly (2003) a démontré une certaine efficacité de l'homéopathie associée sur les symptômes ménopausiques chez la population en question. Des bénéfices en termes de bouffées de chaleur, de troubles de l'humeur, de

fatigue, d'anxiété, de qualité de vie et de satisfaction des participantes ont pu être observés. Les remèdes homéopathiques qui ont été les plus utilisés sont *Pulsatilla*, *Sepia* et *Sulphur*. Une amélioration significative des bouffées de chaleur ($p=0,001$), des troubles de l'humeur ($p=0,001$) et de la fatigue ($p=0,02$) a été démontrée. Une diminution des douleurs articulaires a également pu être observée mais les résultats ne sont pas significatifs ($p=1,82$). Des améliorations significatives en termes de qualité de vie ($p=0,05$) et qualité de santé ($p=0,05$) ont été démontrées. De plus, une amélioration significative des scores en termes de degré d'anxiété ($p=0,004$) a été constatée. Par ailleurs, une amélioration significative des symptômes dépressifs a également été constatée.

Les auteurs ont relevé une satisfaction importante chez 90% des participantes. Trente participantes ont jugé le remède homéopathique « utile », « très utile » ou « extrêmement utile ».

L'étude expérimentale de Thompson & al. (2005) portant sur un traitement d'homéopathie individualisée, sur une période de quatre mois, a montré des améliorations cliniquement pertinentes des symptômes ménopausiques tels que bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, de l'anxiété ainsi que des troubles de l'humeur. Cependant, l'étude n'a pas pu démontrer de preuves statistiques. Les remèdes homéopathiques les plus fréquemment utilisés lors de cette étude étaient *Sulphur*, *Sepia*, *Carcinosin*, *Natrum muriaticum*, *Belladonna* et *Arnica*.

Aucune preuve d'une différence entre les deux groupes que ce soit en termes de score d'activité ($p=0,17$) ou de score global du profil médical ($p=0,13$) n'a été observée. Cependant, des améliorations cliniques importantes ont été observées dans les deux groupes. Aucune preuve d'une différence significative entre les deux groupes en termes de sueurs nocturnes, de bouffées de chaleur, de qualité de vie, d'anxiété et de dépression mesurés lors des visites de suivi n'a été observée. En revanche, des changements intra-groupes cliniquement pertinents ont été observés en termes de symptômes ménopausiques et de troubles de l'humeur avec 75% des femmes rapportant une amélioration majeure de leurs symptômes.

Les participantes du groupe homéopathie étaient moins satisfaites du traitement mais jugeaient davantage le remède homéopathique utile pour leur symptôme principal (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes ou fatigue) que celles du groupe placebo.

Environ un quart des participantes des deux groupes ont rapporté des événements indésirables. Aucune preuve d'une différence significative entre les deux groupes en termes d'aggravation, d'apparition ou de réapparition de symptômes n'a été observée.

Dans leur étude expérimentale, Jacobs & al. (2005) n'ont pas permis de démontrer clairement les bénéfices d'un traitement homéopathique associé mais soulèvent néanmoins des effets positifs en terme de santé physique et de santé générale. Par ailleurs, l'homéopathie individualisée a permis de diminuer l'intensité et la fréquence des bouffées de chaleur mais là aussi les preuves statistiques manquent. Quelques bénéfices en termes de qualité de vie et de santé physique ont pu être mis en évidence. Lors de cette étude sur douze mois, les remèdes homéopathiques les plus utilisés étaient *Sepia*, *Calcarea carbonica*, *Sulphur*, *Lachesis* et *Kali carbonicum*.

Aucune différence significative n'a été observée pour le score d'intensité et de fréquence des bouffées de chaleur entre les trois groupes (homéopathie associée, homéopathie individualisées et placebo) au cours de la période d'un an. En revanche, le groupe homéopathie individualisée présentait un score d'intensité inférieur et une fréquence globale des bouffées de chaleur moins élevée au cours des trois premiers mois en comparaison avec le groupe placebo ($p=0,01$).

Une tendance positive à la diminution pour le score de *l'indice de Kupperman* dans le groupe homéopathie individualisée en comparaison avec le groupe placebo ($p=0,1$) a été constatée. Une augmentation significative des céphalées observée à six mois ($p=0,04$) et douze mois ($p=0,03$) dans le groupe homéopathie associée en comparaison aux deux autres groupes a pu être mise en évidence. Des effets positifs en termes de composantes de la condition physique ($p=0,1$) au cours de la période d'étude, dans chacun des groupes homéopathiques, ont pu être observés en comparaison avec le groupe placebo. Par ailleurs, une augmentation significative du score de santé générale dans les deux groupes homéopathiques, individualisée ($p=0,02$) et associée ($p=0,03$), en comparaison avec le groupe placebo, a été observée.

Les auteurs ont noté que lors de l'analyse multivariée, les mêmes corrélations statistiquement significatives ont été observées entre le groupe thérapeutique et la prise ou non de tamoxifène.

7.4 Phytothérapie

Ce sont les études menées sur les Asiatiques présentant des taux inférieurs de certains cancers, notamment celui du sein, qui ont suscité un intérêt à évaluer une alimentation à

bas de soja dans la prévention du cancer. L'absence de symptômes ménopausiques chez la plupart des femmes asiatiques a amené à se concentrer sur les différences en matière d'habitudes alimentaires observées entre l'Orient et l'Occident. La différence la plus marquée est la consommation élevée de plantes (principalement le soja) par les Asiatiques poussant ainsi les scientifiques à s'intéresser aux bénéfices physiologiques du soja et notamment des phytoestrogènes qu'il contient. Les phytoestrogènes, autrement dit les plantes oestrogéno-mimétiques, constituent des composés non-stéroïdiens (Quella & al., 2000 et Van Patten & al., 2002).

Le soja est la plante la plus étudiée à ce jour. Il contient des isoflavones (génistéine et daidzéine) présentant des effets à la fois oestrogéniques et antioestrogéniques. Par conséquent, il a été considéré comme une alternative thérapeutique dans le traitement des symptômes vasomoteurs. De plus, les effets *in vitro* des isoflavones de soja ont conduit à supposer qu'ils étaient associés à une diminution de certains cancers liés à l'activité hormonale, tel que le cancer mammaire, en inhibant la production de certaines enzymes clés impliquées dans le processus de cancérogenèse (Ibid.).

Dans l'étude expérimentale de Van Patten & al. (2002) l'efficacité d'une prise quotidienne de 250 ml d'une boisson à base de soja, soit 90 mg d'isoflavones journaliers, sur une période de trois mois a été évaluée. Certains bénéfices du soja, notamment sur la fréquence des bouffées de chaleurs et sur les sueurs nocturnes, ont été relevés mais n'ont pas pu être mis en évidence de manière significative dans le groupe expérimental.

Aucune diminution des bouffées de chaleur n'était significativement différente entre les deux groupes. Néanmoins, une diminution significative de la fréquence des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes au cours d'une période de 24 heures a pu être observée dans les deux groupes. Lors du questionnaire final, un nombre important de femmes des deux groupes ont rapporté observer une faible diminution de la fréquence et de l'intensité des bouffées de chaleur.

Des effets secondaires gastro-intestinaux plus graves et plus fréquents ont été rencontrés par le groupe expérimental en comparaison au groupe placebo (boisson à base de riz). De plus, une prise de poids inhabituelle de 5% minimum du poids total a été observée dans les deux groupes.

Les concentrations sériques d'isoflavones (génistéine) étaient significativement plus élevées à six semaines de traitement chez les femmes du groupe soja en comparaison avec le groupe placebo.

L'étude expérimentale de Quella & al. (2000) évaluant une prise quotidienne de 150 mg de soja durant un mois n'a pas permis de mettre en évidence, par des preuves statistiques, les bénéfices du soja. Seule une minorité des participantes ayant suivi le traitement ont rapporté une diminution de la fréquence des bouffées de chaleur.

Une efficacité légèrement accrue du placebo ($p=0,01$) a été observée en comparaison au traitement expérimental avec 36% des patientes du groupe placebo qui ont rapporté une diminution de 50% de la fréquence des bouffées de chaleur contre seulement 24% des patientes du groupe expérimental. Les comparaisons de l'effet du traitement réalisées n'ont pas montré de résultats significatifs pour le score des bouffées de chaleur ($p=0,22$) et pour leur fréquence ($p=0,72$).

Aucune différence n'a été constatée, entre les deux groupes, en termes d'effets secondaires gastro-intestinaux tels que diarrhées, nausées, vomissements et flatulences excessives.

Le Millepertuis, ou herbe de Saint-Jean, est une plante médicinale dont les effets ont été démontrés dans le traitement des troubles dépressifs légers à modérés. Il semble avoir un potentiel dans le traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes ayant ou non un cancer ou des antécédents de cancer mammaire.

Bien que le mécanisme de l'herbe de Saint-Jean soit méconnu, il semblerait que ses deux principes actifs, l'hypericine et l'hyperforine aient un effet sur les troubles dépressifs. Les effets de l'herbe de Saint-Jean seraient en partie dus à l'inhibition de l'action des monoamines oxydases. L'hyperforine jouerait également un rôle dans l'inhibition de l'interleukine 6, dont les concentrations sont anormalement élevées chez les personnes présentant des troubles dépressifs. Les chercheurs suggèrent que l'herbe de Saint-Jean pourrait contribuer à soulager les symptômes psychologiques et végétatifs chez cette population (Al-Akoum & al., 2009).

Les résultats de l'étude expérimentale de Al-Akoum & al. (2009), évaluant une prise quotidienne de 900 mg de Millepertuis sur une période de trois mois, ont permis de démontrer les bénéfices potentiels que peut apporter cette plante. En effet, une amélioration des symptômes ménopausiques, notamment des bouffées de chaleur, et une amélioration des troubles du sommeil ainsi que des symptômes de détresse psychologiques ont pu être mis en évidence à la suite de la prise du Millepertuis. L'amélioration de ces symptômes a contribué à augmenter la qualité de vie de ces femmes.

Une diminution significative du nombre de bouffées de chaleur a été constatée dans le groupe expérimental ($p=0,01$) et dans le groupe placebo ($p=0,04$). Cependant, le groupe

expérimental a rapporté une diminution moyenne de deux bouffées de chaleur par jour contre une diminution d'une bouffée de chaleur dans le groupe placebo. Une amélioration de 30% du nombre de bouffées de chaleur a été rapportée par 50% des femmes du groupe Millepertuis contre 23% du groupe placebo mais il a été difficile d'observer des différences significatives entre les deux groupes ($p=0,11$).

Une diminution significative des scores obtenus au *Menopause specific Quality of Life Questionnaire (MenQOL)* à l'inclusion a été observée dans le groupe Millepertuis ($p=0,003$) contrairement au groupe placebo ($p=0,66$), en termes de qualité de vie. Des améliorations significatives ont également été démontrées dans le groupe expérimental pour la qualité de vie en ménopause ($p=0,003$), pour les symptômes physiques ($p=0,003$), vasomoteurs ($p=0,06$) et psychologiques ($p=0,02$), contrairement au groupe placebo où les différences n'étaient pas significatives. Une diminution significative des troubles du sommeil a été observée dans le groupe Millepertuis ($p=0,009$), ce qui n'a pas été le cas pour le groupe placebo ($p=0,589$). Aucune diminution significative de la fatigue générale n'a été observée dans le groupe expérimental ($p=0,83$) ni dans le groupe placebo ($p=0,89$).

Plusieurs données précliniques récentes suggèrent que l'Actée à grappes noires (*Cimicifuga racemosa*) a une action modulatrice sélective sur les tissus contenant des récepteurs d'œstrogènes. Son action serait accompagnée d'effets centraux dopaminergiques, sérotoninergiques et GABAergiques. L'actée à grappes noires ne semblerait pas avoir d'effets oestrogéniques et selon des données cliniques et expérimentales, elle pourrait être administrée en toute sécurité pour contrer les symptômes climateriques chez les femmes ayant un cancer mammaire (Rostock & al., 2011).

L'étude observationnelle de Rostock & al. (2011) a pu démontrer les bénéfices d'une prise quotidienne d'extrait d'actée à grappes noires durant une période de six mois. De nombreux symptômes ménopausiques, tels que les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les troubles du sommeil ainsi que les troubles de l'humeur et les symptômes psychiques se sont vus améliorés grâce à l'actée à grappes noires et ont, de plus, contribué à une meilleure qualité de vie. Par ailleurs, une très bonne tolérance de plante a été constatée.

Le traitement a débuté avec un dosage quotidien de 40 mg d'extrait d'actée à grappes noires et pouvait être ajusté, selon les patientes, au cours de l'étude. Au final, le dosage est resté à 40 mg pour la majorité des participantes et, est passé à 80 mg pour d'autres. Seule une petite minorité a bénéficié d'un dosage encore différent.

Les principaux symptômes initialement décrits tels que les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et les troubles du sommeil ont été le plus améliorés durant la période de l'étude. Des améliorations significatives des symptômes somatiques végétatifs et des symptômes psychiques ($p=0,01$) à un, trois et six mois ont été observées. Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration significative en termes de symptômes urogénitaux.

La presque totalité des participantes a catégorisé la tolérance de l'actée à grappes noires de « très bonne » à « bonne » et aucune ne l'a qualifiée de « mauvaise ». Néanmoins, une petite moitié des patientes ont rapporté des effets indésirables mais la majorité de ces effets tels que bouffées de chaleur, somnolence, céphalées ainsi que douleurs articulaires et musculaires pouvaient probablement être attribuée au tamoxifène. Selon une évaluation des médecins, aucun des effets indésirables rapportés ne pouvait être causalement lié à la prise d'extrait d'actée à grappes noires.

7.5 Autres méthodes

Elkins & al. (2008) explique que l'hypnose est une thérapie liant corps et esprit. Elle n'engendre que très peu d'effets secondaires et semble apporter des bénéfices significatifs dans la réduction de la fréquence et de la sévérité des bouffées de chaleur chez les femmes traitées pour un cancer mammaires. L'hypnose pourrait donner aux femmes souffrant de symptômes ménopausiques, le sentiment et les moyens de prendre du contrôle sur ces derniers, en améliorant leur acceptation de la ménopause et, en réduisant le stress qui accompagne cet état.

Dans leur étude expérimentale, Elkins & al. (2008) ont proposé aux participantes une séance hebdomadaire d'hypnose sur une période de cinq semaines. Chaque séance comprenait une induction hypnotique (relaxation et purification de la pensée avec des images mentales), un approfondissement hypnotique (dissociation des symptômes ménopausiques et suggestions positives ou images du futur) et retour à la conscience. Une instruction quant à la pratique d'autohypnose et une distribution d'une cassette audio (enregistrement de l'induction hypnotique) aux participantes ont également été faites. Les bénéfices de l'hypnose ont clairement pu être mis en évidence dans cette étude de part des effets positifs en termes de bouffées de chaleur, de trouble du sommeil, d'anxiété, de dépression et de qualité de vie.

Après les cinq semaines d'étude, une amélioration de la fréquence et de la sévérité des bouffées de chaleur ($p=0,001$) dans le groupe hypnose a été observée en comparaison au groupe contrôle (liste d'attente) et une diminution de 68% de celles-ci a pu être mise en

évidence. Au terme des cinq semaines, les bouffées de chaleur ont significativement moins interféré dans la vie ($p=0,05$) des patientes du groupe hypnose, notamment dans le travail, les activités sociales, les loisirs, le sommeil, l'humeur, la concentration, les relations interpersonnelles, l'épanouissement à la vie et la qualité de vie en général, à l'exception de la sexualité ($p=0,124$).

Une amélioration significative du sommeil ($p=0,001$) dans le groupe hypnose a été démontrée en comparaison au groupe contrôle. De plus, une amélioration de l'anxiété et de la dépression avec une amélioration significative de l'humeur ($p=0,005$) chez les participantes suivant les séances d'hypnose a été observée, en comparaison aux participantes du groupe contrôle. Par ailleurs, aucune participante ne s'est plainte d'effets indésirables à la suite de la pratique d'hypnose.

Ganz & al. (2000) ont mis au point un programme interventionnel intitulé *Comprehensive menopausal assessment (CMA) intervention program* (Programme interventionnel global de la ménopause) avec pour objectif de diminuer les symptômes ménopausiques et d'améliorer la qualité de vie par l'éducation, le conseil et le recours à des méthodes autres qu'une thérapie hormonale substitutive. Ce programme consiste en une évaluation structurée et globale des symptômes, suivi d'un plan éducatif individualisé, de conseils, de traitements, de thérapies, de soutien psychologique, d'orientation des patientes et d'une période de suivi adaptée en fonction des besoins individuels de chaque patiente et de leurs préférences.

Les auteurs de cette étude expérimentale ont obtenu de bons résultats. En effet, leur programme a permis une nette amélioration des symptômes ménopausiques ainsi qu'une amélioration de la fonction sexuelle. Il semble que la mise en place d'un plan de soin individualisé avec apports d'informations, orientations vers différentes thérapies ou soutien à ces patientes symptomatiques permettrait une meilleure gestion des symptômes contribuant ainsi à améliorer leur qualité de vie.

Des changements observés au niveau des scores obtenus à la *Menopausal Symptom Scale Score* ont été significativement différents entre les groupes ($p=0,0004$) avec une nette amélioration des symptômes ménopausiques pour le groupe expérimental. Aucune différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (soins usuels) n'a été observée dans le changement de scores obtenus à la *Rand Vitality Scale (inspiré de RAND 36-Item Health Survey)* ($p=0,77$). Une amélioration de la fonction sexuelle dans le groupe expérimental avec une différence significative des scores obtenus entre les deux

groupes à la *Sexual Summary Scale* (inspiré de *Cancer Rehabilitation Evaluation System, CARES*) ($p=0,004$) a pu être démontrée.

8 Discussion

La présente revue de littérature avait pour but de déterminer des interventions ou des moyens alternatifs non-pharmacologiques qui pourraient être proposés par les infirmières pour améliorer la gestion des symptômes expérimentés par les femmes atteintes d'un cancer du sein hormonodépendant suite aux effets indésirables d'une thérapie antihormonale. Les quinze études sélectionnées ont permis de mettre en évidence différentes méthodes alternatives, intéressantes d'un point de vue infirmier, dans la prise en charge des symptômes ménopausiques expérimentés par ces patientes. Il est judicieux de relever que les résultats obtenus s'adressent principalement aux patientes suivant un traitement par tamoxifène. En effet, dans les études incluses à la revue, les participantes sous thérapie antihormonale prenaient, pour la grande majorité, du tamoxifène. Seul un petit pourcentage suivait une thérapie par inhibiteur de l'aromatase.

La yogathérapie et les méthodes de relaxation s'avèrent efficaces dans l'amélioration des bouffées de chaleurs et des symptômes associés et contribuent à augmenter la qualité de vie des patientes. (Carson & al., 2009, Nedstrand & al., 2005 et Fenlon & al., 2008). Elles confèrent, de plus, des effets durables sur le long terme (Carson & al., 2009 et Nedstrand & al., 2005).

L'acupuncture, quant à elle, montre une réelle efficacité dans le traitement des symptômes ménopausiques chez la population en question et semble augmenter considérablement la qualité de vie de ces dernières. Elle apporte également des bénéfices sur le long terme (Nedstrand & al., 2005, Hervik & Mjaland, 2009, Walker & al., 2010, et De Valois & al., 2010). De plus, l'acupuncture s'avère autant efficace que la Venlafaxine et, a l'avantage d'être dénuée d'effets indésirables (Walker & al., 2010).

Par ailleurs, une phytothérapie par Millepertuis ou Actée à grappes noires apporte de nombreux bénéfices sur les symptômes ménopausiques et permet d'augmenter la qualité de vie des patientes en question. De plus, elle contribue à améliorer les symptômes de détresse psychologiques (Al-Akoum & al., 2009 et Rostock & al., 2011).

L'hypnose peut également produire bon nombre de bénéfices en termes de symptômes ménopausiques et de qualité de vie (Elkins & al., 2008).

Enfin, la mise en place d'un plan de soin individualisé avec apports d'informations, orientations vers différentes thérapies et soutien psychologique permet une meilleure gestion des symptômes ménopausiques expérimentés par ces femmes et contribue étroitement à améliorer la qualité de vie (Ganz & al., 2000).

En revanche, les isoflavones de soja ne semblent pas être très efficaces dans la prise en charge des symptômes ménopausiques chez la population en question. Aucun bénéfice du soja ne montre des résultats significatifs. Seuls quelques effets positifs en termes de bouffées de chaleur se sont produits (Quella & al., 2000 et Van Patten & al., 2002).

Les bénéfices de l'homéopathie sur les symptômes ménopausiques expérimentés par cette population ne sont pas tout à fait clairs et laisse les opinions diverger. L'homéopathie associée montre une certaine efficacité sur les symptômes ménopausiques et semble apporter la satisfaction des patientes (Thompson & Reilly, 2003). Elle apporte des effets positifs en termes de santé physique et générale mais sans preuves statistiques (Jacobs & al., 2005). L'homéopathie individualisée peut améliorer les symptômes ménopausiques, notamment les bouffées de chaleur mais, là aussi, les preuves statistiques manquent (Thompson & al., 2005 et Jacobs & al., 2005).

Une analyse critique de la méthodologie des études sélectionnées, un regard infirmier sur les différents résultats de cette revue ainsi qu'une mise en évidence des limites que comporte la revue sont exposés ci-après.

8.1 Regard critique sur les études sélectionnées

La méthodologie de cette revue paraît adéquate et pertinente. En effet, les études qui la composent sont toutes issues d'une banque de données scientifique reconnue (PubMed). De plus, les études sélectionnées figurent en haut du classement de la qualité/solidité des preuves, proposé par le *National Health Service*², qui est tiré de l'*Evidence-based Medicine* ou *Evidence-based Practice*, autrement appelé la *pratique fondée sur des faits* (Centre for Evidence-based Medicine, 2011). Sur les quatre niveaux (A, B, C ou D) utilisés par ce système de classification, onze études de cette revue se trouvent au sommet du classement, soit au niveau A et quatre, au niveau B.

Il est également important de relever que chaque étude doit être approuvée par un comité scientifique de lecture (Peer Review) pour être publiée dans les revues scientifiques, ce qui donne un critère supplémentaire de bonne qualité des études. Par ailleurs, il semble

² Le *National Health Service (NHS)* est le nom commun de trois des quatre systèmes de soins de santé publique du Royaume-Uni

judicieux de soulever que pour un niveau bachelor, les auteurs ne possèdent pas les outils nécessaires à une évaluation pointue de la qualité des résultats d'études quantitatives. Une confiance en les revues scientifiques qui ont publié ces études était donc nécessaire pour l'élaboration de cette revue.

Les quinze études sélectionnées ont un devis quantitatif. La majorité de ces dernières sont expérimentales et permettent d'assurer une meilleure validité de leurs résultats par un groupe contrôle. Seules quatre études sont observationnelles. Cependant, celles-ci possèdent des critères d'inclusions pertinents.

Les études observationnelles de De Valois & al. (2010) et de Rostock & al. (2011) présentent chacune des données récentes donc intéressantes pour la pratique. De plus, la totalité de leurs participantes étaient sous tamoxifène, ce qui est un point fort pour cette revue de littérature. Les études de Nedstrand & al. (2005) et Thompson & Reilly (2003) évaluent toutes deux des interventions également étudiés dans d'autres études expérimentales incluses dans la revue. Une comparaison des résultats obtenus avec ces deux devis semblait intéressante à réaliser.

Les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont permis d'intégrer à cette revue des études pertinentes et répondant à la question de recherche ont, pour ainsi, dire totalement été respectés, à l'exception d'un. En effet, trouver des études où la totalité des participantes suivaient une thérapie antihormonale s'est avéré difficile. Seules quatre études respectant entièrement ce critère ont pu être incluses à la revue. L'élargissement de ce critère de sélection a été nécessaire. Les études dans lesquelles seule une partie des participantes prenaient un traitement antihormonal ont finalement été incluses.

Certaines limites des études sélectionnées pour élaborer cette revue de littérature ont pu être mises en évidence.

Premièrement, les études observationnelles de Thompson & Reilly (2003), Nedstrand & al. (2005), De Valois & al. (2010) et Rostock & al. (2011) ne permettent pas d'établir des liens de cause à effet. En effet, l'absence d'un groupe contrôle dans ce devis d'étude ne donne pas la possibilité de connaître les éventuels effets placebo de l'intervention. Dans les études expérimentales de Carson & al. (2009), Elkins & al. (2008) et Thompson & al. (2005), un effet placebo aurait également pu contribuer aux résultats obtenus. Dans les deux premières études citées, les participantes du groupe contrôle avaient simplement leur nom inscrit sur une liste d'attente, ce qui ne permet pas d'exclure un éventuel effet placebo dans le groupe où l'intervention a été testée. Pour l'étude de Thompson & al. (2005) un

effet de contexte (plusieurs visites avec les thérapeutes) aurait également pu contribuer aux résultats. Finalement, en ce qui concerne l'étude de Fenlon & al. (2008), la conception d'une intervention placebo correspondante à l'intervention expérimentale n'était pas réalisable car il n'existe pas de forme inactive de relaxation. Le groupe contrôle (soins usuels) de cette étude ne permettait pas non plus d'exclure entièrement un effet placebo.

Une limite en termes de puissance statistique ressort des études de Thompson & Reilly (2003), Thompson & al. (2005), Nedstrand & al. (2005), Carson & al. (2009), Al-Akoum & al. (2009) et Rostock & al. (2011). La taille minimale de leur échantillon ne permet pas de tirer des conclusions et nécessite une confirmation de leur résultat par une étude de plus grande envergure.

De part la courte durée (quatre et cinq semaines) des études de Quella & al. (2000) et Elkins & al. (2008), les résultats obtenus ne permettent pas non plus de tirer des conclusions et une étude de plus longue durée s'avère nécessaire pour confirmer ces résultats.

Une dernière limite peut être mise en évidence dans l'étude de Carson & al. (2009). En effet, celle-ci démontre des résultats uniquement par des données autorapportées (journaux de suivi des symptômes). Les résultats relevés sont donc basés sur la confiance exclusive en les données rapportées par les participantes de l'étude.

8.2 Discussion des résultats et perspectives infirmières

Les auteurs des quinze études appuient les dires cités dans le chapitre « *Problématique* » en relevant que les symptômes ménopausiques affectent considérablement la qualité de vie des femmes touchées. Walker & al. (2010) confirment également, qu'à long terme, une diminution de la qualité de vie en raison des effets indésirables d'une thérapie antihormonale peut conduire à une mauvaise observance thérapeutique. Ces auteurs soutiennent clairement la nécessité d'améliorer la prise en charge des femmes traitées pour un cancer du sein par thérapie antihormonale. Afin de garantir une bonne observance thérapeutique, une qualité de vie correcte est impérative. Cette première affirmation permet aux soignants de réaliser l'importance d'une bonne qualité de vie des patientes suivant un traitement antihormonal. De plus, elle rappelle également que d'encourager les personnes à observer leur programme thérapeutique est l'un des objectifs infirmiers de l'éducation pour la santé. Améliorer la gestion des symptômes expérimentés par les femmes concernées est une composante permettant l'atteinte de cet objectif.

L'efficacité de certaines méthodes alternatives relevée dans les études composant cette revue apporte aux soignants des résultats probants pouvant contribuer à améliorer cette gestion. Par ailleurs, Ganz & al. (2000) relèvent que nombreuses sont les patientes qui sont réticentes à l'idée d'essayer des traitements médicamenteux dans la prise en charge de leurs symptômes mais que beaucoup expriment leur volonté de recourir à des thérapies alternatives.

Cependant, il semble que malgré l'intérêt et les bienfaits des méthodes naturelles dans la gestion des symptômes ménopausiques induits ou aggravés par une thérapie antihormonale, peu de programmes sont mis en place dans les soins pour permettre la connaissance et l'accès à ces méthodes. Les résultats probants mis en évidence dans cette revue sont d'une grande importance pour la pratique infirmière et pour l'ouverture des soins vers les méthodes alternatives non-pharmacologiques.

8.2.1 Moyens de gestion fondés sur des résultats probants

D'après Nedstrand & al. (2005) et Fenlon & al. (2008), la relaxation s'avère efficace dans l'amélioration des symptômes ménopausiques chez la population en question et contribue étroitement à améliorer la qualité de vie de celle-ci. Premièrement, ces données rappellent aux infirmières l'importance d'adopter une approche calme et rassurante favorisant ainsi un climat de détente.

La relaxation est une méthode accessible à tous, patients et soignants. Enseigner des techniques de relaxation semble tout à fait réalisable dans le domaine des soins. Cependant, les infirmières qui les enseignent doivent avoir les connaissances des techniques de relaxation et les compétences de l'enseigner.

Les soignants pourraient non seulement favoriser la relaxation dans les soins mais également au domicile des patientes. En effet, la pratique de l'autorelaxation à domicile par les patientes a été expérimentée dans l'étude de Fenlon & al. (2008) et a permis l'amélioration des symptômes. Cependant, après un mois les effets positifs de la relaxation ont diminué. Il semble que la maintenance d'un programme de relaxation de longue durée à domicile nécessite un certain encadrement. En instaurant des programmes de relaxation dans les milieux de soins, les infirmières pourraient promouvoir la pratique de cette méthode en permettant aux patientes, lors de leur visite, de s'y entraîner.

La yogathérapie s'est également révélée bénéfique dans l'amélioration des symptômes ménopausiques chez les femmes ayant un cancer mammaire et prenant un traitement antihormonal (Carson & al., 2009). Bien que le yoga soit pratiqué depuis des millénaires,

ce n'est que très récemment que la communauté scientifique a commencé à s'intéresser aux effets de celui-ci sur les patientes présentant un cancer mammaire. A ce jour, il semble que la yogathérapie soit une méthode prometteuse dans l'amélioration de la gestion des symptômes ménopausiques expérimentés par ces patientes. C'est pourquoi les résultats démontrés par Carson & al. (2009) sont d'une grande importance pour la pratique.

La yogathérapie comprend la relaxation, les respirations et les postures. En plus d'apporter les bénéfices de la relaxation, la yogathérapie permet d'atténuer les troubles de l'humeur, d'améliorer la capacité à se détendre et favorise l'acceptation (Ibid.). En enseignant des techniques de relaxation et en incitant les patientes à pratiquer des respirations profondes, l'infirmière pourrait déjà les aider à se recentrer sur ce qu'elles vivent et favoriser donc l'acceptation de leurs propres expériences vécues. Afin d'obtenir la totalité des bienfaits que peut apporter le yoga, les soignants pourraient orienter les patientes vers un yogathérapeute. Les milieux de soins pourraient également collaborer avec de tels thérapeutes, afin de pouvoir proposer à leurs patientes, un accès facilitant cette démarche.

Par ailleurs, les bénéfices supplémentaires que peut apporter la yogathérapie en termes de diminution des douleurs articulaires évoquent la possibilité que cette méthode puisse contrebalancer le syndrome d'arthralgie associé aux inhibiteurs de l'aromatase (Ibid.). Cette hypothèse a toute son importance, autant pour la pratique que pour la recherche puisque, actuellement, les inhibiteurs de l'aromatase occupent une grande place dans le traitement adjuvant chez la femme ménopausée et qu'encore peu d'études ont été menées quant à la gestion de leurs symptômes spécifiques.

A ce jour, l'acupuncture apparaît comme un traitement sûr, efficace et durable pour les symptômes vasomoteurs, secondaires à un traitement antihormonal sur le long terme, chez les patientes ayant un cancer mammaire (Nedstrand & al., 2005, Hervik & Mjaland, 2009, De Valois & al., 2010 et Walker & al., 2010). Ayant fait ses preuves dans plusieurs études, l'acupuncture pourrait être intégrée dans les programmes de soins avec confiance. Certes, l'infirmière n'a pas les clés en mains pour dispenser cette pratique mais elle pourrait collaborer avec un acupuncteur reconnu afin d'offrir aux patientes un plan de traitement complet.

L'acupuncture semble être un traitement équivalent à la thérapie médicamenteuse, notamment la Venlafaxine, chez ces patientes. Elle peut fournir des effets additionnels tels qu'une amélioration de la santé psychique et, est de plus très bien tolérée sur le long terme, contrairement aux thérapies médicamenteuses (antidépresseurs) qui engendrent de

nombreux effets indésirables (Walker & al., 2010). Ces données pourraient aider les soignants à redonner espoir aux patientes qui désirent arrêter leur thérapie antihormonale en raison des symptômes expérimentés et des effets indésirables supplémentaires qu'elles subissent suite à une prise de médicaments tels que la Venlaxafine.

De plus, l'acupuncture est avantageuse, en comparaison à la Venlaxafine, dans le traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes prenant du tamoxifène car l'effet du tamoxifène peut être affecté par la prise de médicaments. En effet, le tamoxifène est converti dans le corps en métabolites actives par une molécule spécifique (cytochrome P451 pathway) et les recapturs de la sérotonine (Venlaxafine) peuvent inhiber cette molécule (Ibid.). Il est important pour l'infirmière d'avoir en tête une telle interaction médicamenteuse lorsqu'il s'agit d'un traitement de l'importance du tamoxifène. Lorsqu'il est discuté, avec le médecin et la patiente, des méthodes qui pourraient être mises en place pour lutter contre les effets indésirables des traitements antihormonaux, il semble important, pour les soignants, d'en interroger le médecin.

Les méthodes phytothérapeutiques, notamment le Millepertuis ou l'Actée à grappes noires semblent apporter des effets positifs sur les symptômes ménopausiques associés à un cancer mammaire et une thérapie antihormonale. Ces deux plantes confèrent également des bienfaits en termes de détresse psychologique (Al-Akoum & al., 2009 et Rostock & al., 2011). Ces méthodes constituent une solution très abordable pour les patientes et ne nécessitent pas un grand investissement. Grâce aux résultats probants démontrés dans ces deux études, les soignants pourraient, en accord avec le médecin, conseiller aux patientes de consommer du Millepertuis ou de l'Actée à grappes noires (tisanes, capsules,...). Ces deux plantes pourraient également faire partie de la pharmacie des milieux de soins et ainsi, les soignants pourraient en proposer aux patientes lors de leur séjour à l'hôpital par exemple.

De plus, vu l'accessibilité de cette méthode, les patientes pourraient consommer le Millepertuis ou l'Actée à grappes noires à domicile et ce, de manière régulière et sur le long terme. Peut-être qu'une accentuation des bénéfices de ces deux plantes pourraient apparaître et ainsi, améliorer davantage la qualité de vie des patientes.

L'hypnose est également une méthode permettant d'améliorer la gestion des symptômes ménopausiques chez ces patientes et, est aussi efficace pour soulager l'anxiété (Elkins & al., 2008). La bonne tolérance de cette dernière en fait une méthode intéressante à proposer aux patientes pour lutter contre leurs symptômes. Un professionnel reconnu pour exercer

l'hypnose pourrait, tout comme un yogathérapeute ou un acupuncteur, collaborer avec les milieux de soins afin d'en faciliter l'accessibilité aux patientes.

Cependant, les soignants doivent impérativement prendre en compte les contre-indications de l'hypnose. Cette méthode doit être évitée ou utilisée seulement avec une grande prudence chez les patientes ayant un passé psychologique sévère (stress post-traumatiques, drame vécu dans l'enfance, passé psychiatrique,...) (Ibid.). L'infirmière est la professionnelle la plus proche du patient. En effet, c'est elle qui est au centre du projet et qui permet de faire les liens avec les autres professionnels. Généralement, de part sa position, c'est elle qui connaît le mieux le patient. L'infirmière devrait profiter de cette proximité pour vérifier le passé psychologique des patientes avant de les orienter vers l'hypnose.

Un modèle de la pratique infirmière avancée tel que le *Comprehensive menopausal assessment (CMA) intervention program* peut contribuer étroitement à l'amélioration de la qualité de vie des patientes ayant un cancer mammaire, suivant un traitement antihormonal et expérimentant des symptômes ménopausiques (Ganz & al., 2000). Des infirmières spécialisées pourraient se concentrer sur ces effets et offrir un programme structuré pour ces femmes. La mise en place d'un plan de soins individualisé permettant à la fois, la prise en charge des symptômes ménopausiques, la surveillance maximale de ces derniers et l'amélioration de la qualité de vie semble tout à fait réalisable pour les soignants. En effet, ces derniers pourraient instaurer un suivi spécifique de leurs patientes en se basant sur ce modèle.

Premièrement, un plan éducatif individualisé et des conseils pourraient être proposés de manière à ce que les patientes se sentent soutenues par des professionnels et qu'elles saisissent entièrement les enjeux que comporte une mauvaise observance de leur traitement antihormonal. Un soutien psychologique pourrait également être proposé et conseillé par les infirmières pour permettre aux patientes l'expression de leur vécu et de leurs émotions. Un tel soutien permettrait aux patientes de voir leur stress diminuer. Une diminution du stress permettrait une réduction de l'activité du système nerveux sympathique et parasympathique. Ainsi, il semble que l'enchaînement des effets physiologiques et de leurs signes (symptômes vasomoteurs) ralentirait et le stress psychologique s'atténuerait. Les symptômes ménopausiques et la détresse psychologique se verraient donc améliorés. Pour compléter ce plan de soins individualisé, les soignants pourraient conseiller des thérapies alternatives reconnues, pour pallier aux symptômes ménopausiques restant. De plus, avec

un tel suivi, les infirmières pourraient fréquemment réévaluer les symptômes des patientes et ainsi, s'assurer de l'efficacité de ces méthodes.

8.2.2 Moyens de gestion peu convaincants

Deux méthodes alternatives n'ont pas fait leur preuve dans le traitement des symptômes ménopausiques expérimentés par les femmes suivant une thérapie antihormonale : le soja et l'homéopathie. Les résultats relevés dans les études permettent aux infirmières de renseigner les femmes sur le fait que ni le soja, ni l'homéopathie n'ont à ce jour prouvé leur efficacité.

Les données disponibles suggèrent que les phytoestrogènes de soja ne permettent pas de diminuer substantiellement les bouffées de chaleur et les symptômes associés. Il est certes possible que d'autres substances à base de soja puissent diminuer les symptômes ménopausiques mais des études ultérieures demeurent nécessaires pour pouvoir affirmer de telles suppositions (Quella & al., 2000 et Van Patten & al., 2002). Ces données n'offrent pour l'instant pas de preuve quant à la réelle efficacité du soja et ne peuvent qu'encourager les chercheurs à étudier les bénéfices d'autres composantes de cette plante.

En ce qui concerne l'homéopathie les résultats sont mitigés. Cette méthode permettrait l'amélioration des symptômes ménopausiques chez les femmes ayant des antécédents de cancer mammaire mais particulièrement chez celles ne prenant pas de tamoxifène (Jacobs & al., 2005). Pour d'autres, l'homéopathie serait efficace autant pour les femmes prenant ou non du tamoxifène (Thompson & Reilly, 2003). Il semblerait que les traitements allopathiques tels que le tamoxifène pourraient interférer avec un remède homéopathique. Le tamoxifène agirait comme antidote sur les effets que pourrait procurer l'homéopathie (Jacobs & al., 2005 et Thompson & al., 2005). Cette découverte est d'une grande importance pour la pratique et permet une explication plausible des légers bénéfices qu'a apportés l'homéopathie chez les femmes suivant un traitement par tamoxifène. Ces données peuvent permettre aux soignants d'orienter ces patientes vers d'autres méthodes alternatives grâce auxquelles davantage de bénéfices pourront être apportés.

De plus, une pathogenèse peut être observée lorsqu'un remède homéopathique est administré régulièrement et à long terme, déclenchant ainsi, un symptôme que le remède est censé traiter (Jacobs & al., 2005). Si les patientes désirent absolument se soigner par homéopathie, il est important que les soignants insistent quant au respect des recommandations données par les pharmaciens sur la durée du traitement. Suite à cela, si

une augmentation des symptômes se produisait chez ces patientes, les soignants pourraient s'interroger sur la prise adéquate du remède homéopathique des patientes.

8.2.3 Liens avec le cadre de référence

Le modèle infirmier de gestion des symptômes guidant cette revue de littérature soulève que les recommandations professionnelles font partie des stratégies de gestion des symptômes. Ce modèle veut que les recommandations professionnelles dépendent, entre autres, de preuves scientifiques (Dodd & al., 2001).

En faisant référence à ce modèle, les soignants doivent prendre conscience de l'influence que peut avoir l'expérimentation des symptômes sur l'environnement des patientes (altération de la qualité de vie) et se rappeler que les stratégies de gestion des symptômes peuvent changer cette influence.

Le processus de gestion des symptômes commence par l'évaluation des symptômes expérimentés par les patientes (Ibid.). Après que l'infirmière ait évalué les symptômes et le vécu de la patiente face à ceux-ci, des stratégies de gestion appropriées aux symptômes et à la patiente peuvent être identifiées. L'infirmière va ensuite pouvoir indiquer à la personne les choix qui s'offrent à elle quant aux différentes méthodes appropriées pour sa situation. L'objectif de la gestion des symptômes, comme proposé dans ce modèle, est de contrer ou diminuer l'issue négative de l'expérimentation des symptômes sur le contexte et la qualité de vie des patientes. L'atteinte de cet objectif permettrait certainement l'amélioration de l'observance thérapeutique des patientes expérimentant de pénibles symptômes suite aux effets secondaires d'un traitement antihormonal.

Cette revue de littérature s'est intéressée aux stratégies de gestion des symptômes par des méthodes alternatives. En effet, comme les patientes optent de plus en plus pour la médecine naturelle, il semble utile que l'infirmière se tienne informée et accroisse ses connaissances en la matière.

En proposant de telles méthodes aux patientes suivant une thérapie antihormonale pour lutter contre un cancer du sein, les soignants oscillent entre la médecine traditionnelle axée sur les techniques de pointe et la médecine parallèle reconnaissant le rôle joué par la tête, le corps et l'esprit dans la guérison. Il semble judicieux de relever que les soignants doivent prendre conscience de l'importance des liens qui existent entre la santé physique, l'équilibre émotif et le bien-être spirituel pour orienter les patientes vers des méthodes alternatives. Toutefois, l'infirmière travaille en collaboration avec le médecin et celui-ci doit être tenu informé de toutes autres thérapies que pourraient suivre ces patientes.

8.3 Limites de la revue

Les études sélectionnées pour cette revue de littérature ne s'intéressaient pas uniquement aux femmes suivant une thérapie antihormonale. En effet, dans certaines études, la prise d'un traitement antihormonal par les participantes n'était pas un critère d'inclusion prioritaire. En revanche, dans chaque étude, les participantes avaient toutes un cancer mammaire ou des antécédents de cancer mammaire et dans chacune, un pourcentage de participantes suivait, néanmoins, une thérapie antihormonale.

Cette revue de littérature ne peut pas être considérée comme systématique puisqu'une limite a été fixée à quinze études. Par conséquent, ce n'est qu'un aperçu de quelques méthodes alternatives pouvant être efficaces dans la gestion des symptômes ménopausiques associés à une prise d'un traitement antihormonal qui a pu être mis en évidence.

Il est également important de souligner que l'élaboration de cette revue fut une initiation à la recherche. Les critères méthodologiques ont été respectés au mieux malgré quelques probables imperfections. De plus, seul l'auteur a jugé de la qualité des études incluses à la revue, contrairement aux experts qui le font toujours à deux.

Conclusion

Les données récoltées dans ces études suggèrent que les méthodes alternatives telles que la relaxation, la yogathérapie, l'acupuncture, la phytothérapie par Millepertuis et Actée à grappes noires et l'hypnose améliorent les symptômes ménopausiques associés à une thérapie antihormonale chez les femmes ayant un cancer mammaire et contribuent à améliorer la qualité de vie de ces dernières. La mise en place d'un plan de soins individualisé avec apports d'informations, soutien psychologique et orientation vers différentes thérapies est également un moyen favorisant la gestion des symptômes ménopausiques chez ces femmes. En utilisant les résultats de ces études dans sa propre pratique, l'infirmière donne de la valeur à la recherche.

Alors que les organismes de soins de santé continuent d'appliquer des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins, les résultats relevés dans cette revue ont offert la possibilité aux infirmières de contribuer à cette démarche, en favorisant une pratique des soins basés sur des preuves. Cette revue de littérature est un pas vers l'amélioration de la qualité de vie des patientes sous traitement antihormonal et ouvre de nouvelles perspectives de recherche dans ce domaine. Des brochures pour les infirmières et les patientes pourraient être produites à la base de ces résultats et distribuées dans les milieux de soins.

Les résultats de cette revue s'adressant plus spécifiquement aux femmes sous tamoxifène, il serait judicieux de s'intéresser également aux inhibiteurs de l'aromatase. A l'heure actuelle, ces derniers ont pris une place considérable dans le traitement adjuvant du cancer du sein chez la femme ménopausée et les soignants vont devoir faire face à d'autres problèmes. Il est important que les soignants restent au fait de la recherche liée à leur propre pratique afin de garantir l'avenir des sciences infirmières. C'est en se montrant attentives aux problèmes rencontrés dans la pratique que les infirmières vont pouvoir déterminer de nouveau point de départ pour la recherche.

Bibliographie

Ouvrages

- Eicher, M. & Marquard, S. (2008). *Brustkrebs : Lehrbuch für Breast Care Nurses, Plegende und Gesundheitsberufe*. Bern: Huber.
- Henke Yarbro, C., Hansen Frogge, M. & Goodman, M. (2004). *Cancer Symptom Management*. Boston : Jones and Bartlett.
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Marieb, E.N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines : adaptation de la 6^e édition américaine*. Paris : Pearson Education.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie 4^e édition Brunner & Suddarth : 1. Généralités*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie 4^e édition Brunner & Suddarth : 4. Fonctions rénale et reproductrice*. Bruxelles : De Boeck Université.

Articles / études

- Al-Akoum, M., Maunsell, E., Verreault, R., Provencher, L., Otis, H. & Dodin, S. (2009). Effects of Hypericum perforatum (St. John's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial. *The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (2), 307-314.
- Carson, J.W., Carson, K.M., Porter, L.S., Keefe, F.J. & Seewaldt, V.L. (2009). Yoga of Awareness program for menopausal symptoms in breast cancer survivors: results from a randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 17 (10), 1301-1309.
- Cella, D. & Fallowfield, L.J. (2008). Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107, 167-180.
- Debourdeau, P., Bachelot, T., Zammit, C., Aletti, M., Gallineau, C. & Gligorov, J. (2004). Traitement des bouffées de chaleur associées au cancer du sein. *Bull Cancer*, 91 (4), 339-349.
- Delozier, T. (2005). L'hormonothérapie du cancer du sein: la fin du tamoxifène? *Bull cancer*, 92 (2), 142-150.
- Delozier, T. (2004). Le tamoxifène en situation adjuvant dans le cancer du sein : trente ans d'expérience. *26^{ème} journée de la SFSPM Nancy*, 308-316.
- De Valois, B.A., Young, T.E., Robinson, N., McCourt, C. & Maher, E.J. (2010). Using Traditional Acupuncture for Breast Cancer-Related Hot Flashes and Night Sweats. *The Journal of the Alternative and Complementary Medicine*, 16 (10), 1047-1057.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S. & Taylor, D. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 668-676.
- Dupont, A., Antoine, P., Reich, M. & Bève, C. (2007). Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein: impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*, 1, 174-178.
- Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., Perfect, M., Rajab, M.H., Ruud, C., Palamara, L. & Keith, T. (2008). Randomized Trial of a Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of clinical Oncology*, 26 (31), 5022-5026.
- Fallowfield, L.J., Leaity, S.K., Howell, A., Benson, S. & Cella, D. (1999). Assessment of quality of life in woman undergoing hormonal therapy for breast cancer: validation of an endocrine symptom subscale for the FACT-B. *Breast Cancer Research and Treatment*, 55, 189-199.
- Fenlon, D.R., Corner, J.L., & Haviland, J.S. (2008). A Randomized Controlled Trial of Relaxation Training to Reduce Hot Flashes in Women with Primary Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35 (4), 397-405.
- Ganz, P.A., Greendale, G.A., Petersen L., Zibecchi, L., Kahn, B. & Belin, T.B. (2000). Managing Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (13), 1054-1064.
- Guastalla, J.P. (2004). Hormonothérapie adjuvante du cancer du sein chez les femmes ménopausées par antiaromatases. *26ème journées de la SFSPM Nancy*, 340-348.
- Hervik, J. & Mjaland, O. (2009). Acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients, a randomized, controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 116 (2), 311-316.
- Jacobs, J., Herman, P., Heron, K., Olsen, S. & Vaughters, L. (2005). Homeopathy for Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (1), 21-27.
- Lesur, A. & Gairad, B. (2004). Hormonothérapie par tamoxifène seul chez la femme non ménopausée en situation adjuvante. *26ème journée de la SFSPM Nancy*, 349-356.
- Malinowszky, K.M., Cameron, D., Douglas, S., Love, C., Leonard, T., Dixon, J.M., Hopwood, P. & Leonard, R.C.F. (2004). Breast cancer patients' experiences on endocrine therapy: monitoring with a checklist for patients on endocrine therapy (C-PET). *The Breast*, 13, 363-368.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097 doi:10.1371/journal.pmed1000097.

- Nedstrand, E., Wijma, K., Wyon, Y. & Hammar, M. (2005). Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 8, 243-250.
- Partridge, A.H., Wang, P.S., Eric Winer, P. & Avorn, J. (2003). Nonadherence to Adjuvant Tamoxifen Therapy in Women With Primary Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (4), 602-606.
- Perey, L. & Zaman, K. (2007). Cancer du sein: inhibiteurs de l'aromatase en situation adjuvante, un peu, beaucoup ou pas du tout? *Revue Médicale Suisse*, 3130.
- Quella, S.K., Loprinzi, C.L., Barton, D.L., Knost, J.A., Sloan, J.A., LaVasseur, B.I., Swan, D., Krupp, K.R., Miller, K.D. & Novotny, P.J. (2000). Evaluation of Soy Phytoestrogens for the treatment of Hot Flashes in Breast Cancer Survivors: A North Central Cancer Treatment Group Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (5), 1068-1074.
- Rostock, M., Fischer, J., Mumm, A., Stammwitz, U., Saller, R. & Bartsch, H.H. (2011). Black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) in tamoxifen-treated breast cancer patients with climacteric complaints – a prospective observational study. *Gynecological Endocrinology*, early online, 1-5.
- Ruddy, K., Mayer, E. & Partridge, A. (2009). Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment. *CA: A cancer Journal for Clinicians*, 59 (1), 56-66.
- Thompson, E.A., Oxon, B.A., Montgomery, A., Douglas, D. & Reilly, D. (2005). A Pilot, Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial of Individualized Homeopathy for Symptoms of Estrogen Withdrawal in Breast-Cancer Survivors. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (1), 13-20.
- Thompson, E.A. & Reilly, D. (2003). The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancers patients. A prospective observational study. *The Journal of the Faculty of Homeopathy*, 92 (3), 131-134.
- Van Patten, C.L., Olivotto, I.A., Chambers, G.K., Gelmon, K.A., Hislop, T.G., Templeton, E., Wattie, A. & Prior, J.C. (2002). Effect of Soy Phytoestrogens on Hot Flashes in Postmenopausal Women With Breast Cancer: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (6), 1449-1455.
- Von Orelli, S. & Fink, D. (2007). Endocrinothérapie adjuvante du cancer du sein: possibilités actuelles. *Forum Médical Suisse*, 7, 800-8004.
- Walker, E.M., Rodriguez, A.I., Kohn, B., Ball, R.M., Pegg, J., Pocock, J.R., Nunez, R., Peterson, Ed., Jakary, S. & Levine, R.A. (2010). Acupuncture Versus Venlafaxine for the Management of Vasomotor Symptoms in Patients With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (4), 634-640.

Polycopiés et Brochures

Bergerat (2005-2006). *Module 10 : cancérologie clinique onco-hématologie : hormonothérapie des cancers*. [Polycopié]. Strasbourg : Faculté de médecine.

Bulliard, N. (Ed.) (2010). *Les chiffres du cancer du sein en Suisse*. Berne : Ligue contre le cancer.

Celis, H., Benda, J. & Czerwonogora, C. (Ed.) (2008). *Observance d'un traitement de longue durée : un grand défi pour le médecin et le patient*. Bruxelles : Union des Mutualités Libres.

Comité de Pathologie Mammaire. (2007). *Les effets secondaires principaux des traitements anti-hormonaux (hormonothérapie)*. Villejuif : Institut de cancérologie Gustave Roussy.

Site Web

Centre for Evidence-based Medicine (15 avril 2011). Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [Page WEB]. Accès : <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> [Page consultée le 17 juin 2011].

Coalition européenne contre le cancer du sein (15 février 2010). *Les traitements des cancers du sein-Hormonothérapie* [Page WEB]. Accès : http://www.europadonna.fr/_pages_site/page_accueil_homotherapie.pdf. [Page consultée le 19 mars 2010].

Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (2011). *Infos cancer du sein* [Page Web]. Accès : <http://www.brust-screening.ch/fr/infos-cancer-du-sein> [Page consultée le 13 mai 2011].

Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (2011). *Facteurs de risque* [Page Web]. Accès : <http://www.brust-screening.ch/fr/facteurs-de-risque> [Page consultée le 13 mai 2011].

Office fédérale de la statistique (2010). *Santé de la population – Données, indicateurs : Sein* [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/06/07.html> [Page consultée le 23 mars 2010].

Tutin, C. (28 janvier 2010). *Cancer du sein : la place de l'hormonothérapie* [Page WEB]. Accès : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer_sein/8843-cancer-sein-hormotherapie.htm [Page consultée le 26 février 2010].

University of California, San Francisco (Septembre 2009). *Research Center for Symptom Management* [Page WEB]. Accès : <http://nurseweb.ucsf.edu/www/rcsm-mod2.gif> [Page consultée le 2 mai 2010].

Annexe A : déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Aline Gnehm

Annexe B : stratégies de recherches

Stratégie 1

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

((("Breast Neoplasms"[Mesh])) AND menopausal symptoms AND symptoms management

⇒ 131 résultats dont 3 études retenues:

Ganz, P.A., Greendale, G.A., Petersen L., Zibecchi, L., Kahn, B. & Belin, T.B. (2000). Managing Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (13), 1054-1064.

De Valois, B.A., Young, T.E., Robinson, N., McCourt, C. & Maher, E.J. (2010). Using Traditional Acupuncture for Breast Cancer-Related Hot Flashes and Night Sweats. *The Journal of the Alternative and Complementary Medicine*, 16 (10), 1047-1057.

Thompson, E.A. & Reilly, D. (2003). The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancers patients. A prospective observational study. *The Journal of the Faculty of Homeopathy*, 92 (3), 131-134.

Stratégie 2

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

((("Breast Neoplasms"[Mesh])) AND menopausal symptoms AND Alternative medicine

⇒ 105 résultats dont 2 études retenues:

Jacobs, J., Herman, P., Heron, K., Olsen, S. & Vaughters, L. (2005). Homeopathy for Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (1), 21-27.

Carson, J.W., Carson, K.M., Porter, L.S., Keefe, F.J. & Seewaldt, V.L. (2009). Yoga of Awareness program for menopausal symptoms in breast cancer survivors: results from a randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 17 (10), 1301-1309.

Stratégie 3

Recherche simple:

Alternative medicine AND menopausal symptoms in breast cancer survivors

⇒ 22 résultats dont 1 étude retenue:

Al-Akoum, M., Maunsell, E., Verreault, R., Provencher, L., Otis, H. & Dodin, S. (2009). Effects of Hypericum perforatum (St. John's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial. *The Journal of The North American Menopause Society*, 16 (2), 307-314.

Stratégie 4

Recherche simple:

Breast Cancer AND Complementary Medicine AND Hot Flashes

⇒ 87 résultats dont 2 études retenues:

Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., Perfect, M., Rajab, M.H., Ruud, C., Palamara, L. & Keith, T. (2008). Randomized Trial of a Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of clinical Oncology*, 26 (31), 5022-5026.

Rostock, M, Fischer, J., Mumm, A., Stammwitz, U., Saller, R. & Bartsch, H.H. (2011). Black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) in tamoxifen-treated breast cancer patients with climacteric complaints – a prospective observational study. *Gynecological Endocrinology*, early online, 1-5.

Stratégie 5

Recherche simple:

Breast Cancer AND Menopausal Symptoms AND Relaxation

⇒ 17 résultats dont 1 étude retenue:

Nedstrand, E., Wijma, K., Wyon, Y. & Hammar, M. (2005). Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 8, 243-250.

Stratégie 6

Recherche simple:

Breast Cancer AND Symptoms Management AND Hot Flashes

⇒ 60 résultats dont 1 étude retenue:

Walker, E.M., Rodriguez, A.I., Kohn, B., Ball, R.M., Pegg, J., Pocock, J.R., Nunez, R., Peterson, Ed., Jakary, S. & Levine, R.A. (2010). Acupuncture Versus Venlafaxine for the Management of Vasomotor Symptoms in Patients With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (4), 634-640.

Stratégie 7

Related Citations depuis l'étude de :

De Valois, B.A., Young, T.E., Robinson, N., McCourt, C. & Maher, E.J. (2010). Using Traditional Acupuncture for Breast Cancer-Related Hot Flashes and Night Sweats. *The Journal of the Alternative and Complementary Medicine*, 16 (10), 1047-1057.

⇒ 106 résultats dont 2 études retenue:

Hervik, J. & Mjaland, O. (2009). Acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients, a randomized, controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 116 (2), 311-316.

Fenlon, D.R., Corner, J.L., & Haviland, J.S. (2008). A Randomized Controlled Trial of Relaxation Training to Reduce Hot Flashes in Women with Primary Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35 (4), 397-405.

Stratégie 8

Références de l'article suivant:

Duhem, C. (2004). Gestion d'une ménopause précoce après diagnostic de cancer du sein. *26ème journée de la SFSPM Nancy*, 435-443.

⇒ 2 études retenues :

Quella, S.K., Loprinzi, C.L., Barton, D.L., Knost, J.A., Sloan, J.A., LaVasseur, B.I., Swan, D., Krupp, K.R., Miller, K.D. & Novotny, P.J. (2000). Evaluation of Soy Phytoestrogens for the treatment of Hot Flashes in Breast Cancer Survivors: A North Central Cancer Treatment Group Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (5), 1068-1074.

Van Patten, C.L., Olivotto, I.A., Chambers, G.K., Gelmon, K.A., Hislop, T.G., Templeton, E., Wattie, A. & Prior, J.C. (2002). Effect of Soy Phytoestrogens on Hot Flashes in Postmenopausal Women With Breast Cancer: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (6), 1449-1455.

Références de la revue suivante:

Relton, C. (2009). Homeopathy for Women with menopausal symptoms: a review of the evidence. *Homeopathy Research Institute*, 3.

⇒ 1 étude retenue:

Thompson, E.A., Oxon, B.A., Montgomery, A., Douglas, D. & Reilly, D. (2005). A Pilot, Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial of Individualized Homeopathy for Symptoms of Estrogen Withdrawal in Breast-Cancer Survivors. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (1), 13-20.

Annexe C: grille d'analyse des recherches

Source (Auteur, année, pays, nom de l'étude)	Plan / design (But, symptômes, interventions, devis de recherche)	Echantillon	Cadre	Intervention et mesure des résultats (Interventions, instruments)	Principaux résultats
<p>Al-Akoum, M. & al., 2009, Canada:</p> <p>“Effects of <i>Hypericum perforatum</i> (St. John's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial”</p>	<p>Tester l'efficacité du Millepertuis (Herbe de Saint-Jean) dans le traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes ayant survécu à un cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, fatigue générale, troubles du sommeil</i></p> <p><i>Prise de comprimés d'extrait de Millepertuis ou d'un placebo</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=42</p> <p>Groupe Millepertuis n=20</p> <p>Groupe placebo n=22</p> <p>Age moyen du groupe Millepertuis : 53,4 ans</p> <p>Age moyen du groupe placebo : 54 ans</p> <p>Participant·es sous tamoxifène n=15</p>	<p>Hôpital de Saint François d'Assise, Centre Universitaire du Québec</p>	<p>Prise quotidienne de 300 mg de Millepertuis ou d'un placebo à raison de 3 fois par jour sur une période de 3 mois</p> <p><i>Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire MenQOL</i></p> <p><i>Medicinal Outcomes Study SF-12</i></p> <p><i>4 questions du Multi Dimensional Fatigue Inventory</i></p> <p><i>Sleep Problem Scale</i></p>	<p><u>Après 3 mois:</u></p> <p>Diminution moyenne de deux bouffées de chaleur dans le groupe Millepertuis contre une diminution d'une bouffée de chaleur dans le groupe contrôle mais différence non significative entre les deux groupes</p> <p>Diminution des scores obtenus au MenQOL questionnaire à l'inclusion dans le groupe Millepertuis avec une différence significative entre les deux groupes pour la qualité de vie (p=0,01), l'aspect vasomoteur (p=0,03), physique (p=0,06) et psychologique (p=0,01)</p> <p>Diminution des troubles du sommeil dans le groupe Millepertuis avec une différence significative entre les deux groupes (p=0,05)</p> <p>Aucune diminution de la fatigue générale n'a été observée dans le groupe Millepertuis en comparaison avec le groupe placebo, pas de différence significative (p=0,16)</p>
<p>Carson, J. W. & al., 2009, USA:</p> <p>“Yoga of Awareness program for menopausal symptoms in breast cancer survivors: results from a randomized trial”</p>	<p>Evaluer les effets d'une yogathérapie sur les symptômes ménopausiques chez des femmes en rémission d'un cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur, douleurs articulaires, fatigue, humeur négative, troubles du sommeil, sueurs nocturnes</i></p>	<p>Echantillon total n=37</p> <p>Groupe yoga n=17</p> <p>Groupe contrôle n=20</p> <p>Âge moyen : 54,4 ans</p> <p>Participant·es sous tamoxifène n=5</p> <p>Participant·es sous IA</p>	<p>Duke University Medical Center Breast</p>	<p>8 sessions collectives hebdomadaires de 120 minutes de yoga (relaxation, vitalité, acceptation)</p> <p><i>Journal de suivi des patientes</i></p> <p><i>Echelle d'évaluation des symptômes</i></p> <p><i>Echelle d'évaluation des 3</i></p>	<p>Améliorations significatives en post-traitement dans le groupe yoga des bouffées de chaleur (p=0,0001), des douleurs articulaires (p=0,0001), de la fatigue (p=0,001), des troubles du sommeil (p=0,0071), de la vitalité (p=0,0046) et de la gêne induite par les symptômes (p=0,0001)</p> <p>Améliorations significatives après 3 mois post-traitement, dans le groupe yoga, des</p>

	<i>Yogathérapie ou liste d'attente</i> Etude clinique randomisée	n=22		<i>processus thérapeutiques</i>	bouffées de chaleur (p=0,0001), des douleurs articulaires (p=0,0001), de la fatigue (p=0,001), de la gêne induite par les symptômes (P=0,0001), de la vitalité (p=0,0001), de l'humeur négative (p=0,0001), de la capacité à se détendre (p=0,0324) et de l'acceptation (p=0,0001)
De Valois, B. A. & al., 2010, Angleterre: <i>“Using Traditional Acupuncture for Breast Cancer-Related Hot Flashes and Night sweats”</i>	Evaluer la possibilité de recourir à un traitement par acupuncture traditionnelle dans la prise en charge de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes associées au tamoxifène chez les femmes présentant des antécédents de cancer mammaire Étudier la possibilité qu'un traitement par acupuncture traditionnelle puisse affecter la condition physique et émotionnelle chez ces femmes <i>Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes</i> <i>Acupuncture intégrée</i> Etude observationnelle prospective	Echantillon total n=50 Age moyen : 54,3 ans 100% des participantes sous tamoxifène	National Health Service	8 séances d'acupuncture traditionnelle (canalisation de l'énergie vitale, sélection individuelle de points d'acupuncture) à raison d'une séance hebdomadaire <i>Hot flash diary</i> <i>Women's Health Questionnaire WHQ</i> <i>Hot flashes and Night Sweats Questionnaire HFNSQ</i> <i>3 semi-questionnaires supplémentaires</i>	Réduction post-traitement de la fréquence des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes de presque 50% avec 85,4% des femmes rapportant un certain degré de diminution Diminution à long terme de 41% des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes à 4 et 8 semaines post-traitement Amélioration des conditions physiques et émotionnelles de part des améliorations significatives des troubles du sommeil (p=0,0001), de la mémoire/concentration (p=0,0001), des symptômes vasomoteurs (p=0,0001), de l'anxiété/appréhension (p=0,0001), des symptômes somatiques (p=0,0001) et des troubles du cycle menstruel (p=0,0001) ainsi que des habitudes sexuelles (p=0,008)
Elkins, G. & al., 2008, USA: <i>“Randomized Trial of a Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes among Breast Cancer Survivors”</i>	Evaluer l'efficacité de l'hypnose sur les bouffées de chaleur chez les femmes ayant des antécédents de cancer mammaire primaire <i>Bouffées de chaleur</i> <i>Hypnose ou liste d'attente</i> Etude clinique randomisée	Echantillon total n=51 Groupe hypnose n=27 Groupe contrôle n=24 Age moyen du groupe hypnose : 55 ans Age moyen du groupe contrôle : 58 ans Patientes sous tamoxifène incluses si traitement stabilisé	Department of Psychology and Neuroscience, Baylor University Waco, Texas	Séance d'hypnose (induction hypnotique; images mentales et suggestions pour la relaxation; images mentales pour rafraîchir/épurer ; approfondissement hypnose et dissociation des bouffées de chaleur ; suggestions positives et images du futur ; autohypnose ; retour à la conscience) d'une durée de 50 minutes à raison d'une séance hebdomadaire sur une période	<u>Après 5 semaines:</u> Amélioration significatives des scores obtenus en termes de fréquence et de sévérité des bouffées de chaleur (p=0,001) dans le groupe hypnose avec une diminution de 68% de celles-ci en comparaison avec le groupe contrôle Bouffées de chaleur interfèrent significativement moins dans la vie des patientes (activités de vie quotidienne et qualité de vie) (p=0,05) dans le groupe

				<p>de 5 semaines + instruction à la pratique de l'autohypnose et distribution cassette audio pour pratique à la maison</p> <p><i>Journal de suivi des bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Hot Flash Related Daily Interference Scale HFRDIS</i></p> <p><i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CES-D</i></p> <p><i>Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale HADS-A</i></p> <p><i>Medical Outcomes Study Sleep Scale MOS-Sleep Scale</i></p>	<p>hypnose en comparaison au groupe contrôle</p> <p>Amélioration significative du sommeil (p=0,001) dans le groupe hypnose en comparaison au groupe contrôle</p> <p>Amélioration de l'anxiété et de la dépression avec une amélioration significative de l'humeur (p=0,005) chez les participantes du groupe hypnose en comparaison aux participantes du groupe contrôle</p>
<p>Fenlon, D.R. & al., 2008, Angleterre:</p> <p><i>"A Randomized Controlled Trial of Relaxation Training to Reduce Hot Flashes in Women With Primary Breast Cancer"</i></p>	<p>Evaluer l'efficacité de la relaxation sur la réduction de l'incidence des bouffées de chaleur chez les femmes ayant un cancer du sein primaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Relaxation ou soins usuels</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=150</p> <p>Groupe relaxation n=74</p> <p>Groupe contrôle n=76</p> <p>Age moyen du groupe relaxation : 54,9 ans</p> <p>Age moyen du groupe contrôle : 55,4 ans</p> <p>59% des patientes du groupe relaxation sous tamoxifène</p> <p>51% des patientes du groupe placebo sous tamoxifène</p>	<p>Centre hospitalier pour le cancer dans le sud-est de l'Angleterre</p>	<p>Une séance individuelle de formation à la relaxation comprenant la théorie (bases de la gestion du stress, informations écrites à propos du stress) et la pratique (session de relaxation avec respirations profondes et relaxation musculaire) + cassette audio (avec voix d'une session de relaxation) donnée aux patientes pour pratiquer la relaxation à la maison durant 3 mois</p> <p>ou</p> <p>groupe contrôle (pas d'intervention mais discussion avec conseils)</p> <p><i>Journal de suivi des bouffées de chaleur</i></p>	<p><u>Après un mois:</u></p> <p>Amélioration significative de l'incidence des bouffées de chaleur (p=0,001) chez 22% des patientes du groupe relaxation en comparaison avec le groupe placebo</p> <p>Amélioration significative de la sévérité des bouffées de chaleur (p=0,01) dans le groupe relaxation en comparaison au groupe placebo</p> <p>Amélioration significative de l'impact (détresse) des bouffées de chaleur sur la vie quotidienne (p=0,01) des patientes du groupe relaxation mais amélioration non significative de l'impact des bouffées de chaleur en terme de problème (p=0,06) et en terme d'interférence avec la vie quotidienne (p=0,09)</p> <p><u>Après 3 mois:</u></p> <p>Amélioration non significatives du nombre (p=0,06) et de la sévérité (p=0,05) des</p>

				<p><i>Hunter menopause scale</i></p> <p><i>Functional Assessment of Cancer Therapy with the endocrine subscale FACT-ES</i></p> <p><i>Spielberger State/Trait Anxiety Index STAI</i></p>	<p>bouffées de chaleur dans le groupe relaxation en comparaison au groupe placebo</p> <p>Amélioration non significative de l'impact des bouffées de chaleur en terme de problème (p=0,06) et en terme d'interférence avec la vie quotidienne (p=0,09)</p> <p>Pas de résultats significatifs en termes d'anxiété</p>
<p>Ganz, P. & al., 2000, USA:</p> <p><i>“Managing Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors : Results of a Randomized Controlled Trial”</i></p>	<p>Evaluer l'efficacité du programme interventionnel global de la ménopause CMA (=Comprehensive Menopausal Assessment) chez des femmes hautement symptomatiques présentant des antécédents de cancer mammaire sous tamoxifène ou non</p> <p><i>Bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, incontinence urinaire</i></p> <p><i>Comprehensive menopausal assessment (CMA) intervention program ou soins usuels</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=72</p> <p>Groupe CMA n=39</p> <p>Groupe contrôle n=33</p> <p>Age moyen : 54,5 ans</p> <p>56% des participantes sous tamoxifène</p>	<p>UCLA's Jonsson Comprehensive Cancer Center</p>	<p>Evaluation initiale de 45 à 90 minutes et mise en place du plan de soin individualisé sur une période de 4 mois (plan éducatif individualisé/conseils, soutien psychologique, thérapies comportementales et traitements médicamenteux)</p> <p><i>Menopausal Symptom Scale Score</i></p> <p><i>Vitality Scale from the RAND 36-Item Health Survey</i></p> <p><i>Sexual Summary Scale from the Cancer Rehabilitation Evaluation System CARES</i></p>	<p>Amélioration des symptômes ménopausiques dans le groupe expérimental avec une différence significative (p=0,0004) entre les deux groupes dans les changements observés au niveau des scores obtenus à la <i>Menopausal Symptom Scale Score</i></p> <p>Pas de différence significative (p=0,77) entre les deux groupes dans le changement de scores obtenus à la <i>Vitality Scale from the RAND 36-Item Health Survey</i></p> <p>Amélioration de la fonction sexuelle dans le groupe expérimental avec une différence significative (p=0,04) des scores obtenus entre les deux groupes à la <i>Sexual Summary Scale from the Cancer Rehabilitation Evaluation System CARES</i></p>
<p>Hervik, J & Mjaland, O., 2009, Norvège:</p> <p><i>“Acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients, a randomized controlled trial”</i></p>	<p>Evaluer l'effet de l'acupuncture traditionnelle chinoise chez les femmes présentant des bouffées de chaleur associées à un traitement antioestrogénique (tamoxifène) suite à un cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Acupuncture traditionnelle chinoise ou acupuncture factice (acupuncture minimale)</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=59</p> <p>Groupe acupuncture traditionnelle n=30</p> <p>Groupe acupuncture factice n=29</p> <p>Age moyen du groupe expérimental : 53,6 ans</p> <p>Age moyen du groupe contrôle : 52,3 ans</p> <p>100% des participantes</p>	<p>Vestfold Central Hospital, en Norvège</p>	<p>Séance d'acupuncture traditionnelle ou factice de 30 minutes 2 fois/semaine les 5 premières semaines puis 1 fois/semaine les 5 semaines suivantes</p> <p><i>Indice de Kupperman</i></p>	<p><u>Bouffées de chaleur diurnes :</u></p> <p>Diminution significative de la fréquence des bouffées de chaleur de 50% (p=0,001) dans le groupe expérimental en cours de traitement avec diminution supplémentaire de 30% (p=0,0017) au cours des 12 semaines suivant le traitement</p> <p>Pas d'amélioration significative observée dans le groupe factice ni durant le traitement (p=0,382) ni les 12 semaines suivantes (p=0,86)</p>

		sous tamoxifène			<p><u>Bouffées de chaleur nocturnes</u> :</p> <p>Diminution significative de la fréquence des bouffées de chaleur de 60% (p=0,001) dans le groupe expérimental avec une diminution supplémentaire de 30% (p=0,006) au cours des 12 semaines suivantes</p> <p>Diminution significative de 25% (p=0,01) dans le groupe contrôle en cours de traitement mais ré-augmentation (p=0,22) au cours des 12 semaines suivantes</p> <p><u>Qualité de vie (indice de Kupperman)</u> :</p> <p>Diminution significative de 44% (p=0,001) de l'indice de Kupperman dans le groupe expérimental en post-traitement avec une diminution qui se confirme largement au cours des 12 semaines suivantes (p=0,001)</p> <p>Diminution significative de 10% (p=0,06) dans le groupe contrôle qui ré-augmente au cours des 12 semaines suivante (p=0,52)</p>
<p>Jacobs, J. & al., 2005, USA:</p> <p><i>“Homeopathy for Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors : A Preliminary Randomized Controlled Trial”</i></p>	<p>Evaluer l'efficacité de deux types de traitement homéopathique dans la prise en charge des symptômes ménopausiques chez des femmes ayant survécu à un cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Traitement homéopathique individualisé, traitement homéopathique associé ou placebo</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=83</p> <p>Groupe homéopathie associée n=30</p> <p>Groupe homéopathie individualisée n=26</p> <p>Groupe placebo n=27</p> <p>Age moyen du groupe homéopathie associée : 55,4 ans</p> <p>Age moyen du groupe homéopathie individualisée : 56,8 ans</p> <p>Age moyen du groupe placebo : 54,5 ans</p> <p>60% des participantes</p>	<p>Providence and Swedish Medical Center, Seattle</p>	<p>Prise quotidienne du traitement (homéopathie associée, individualisée ou placebo) à raison d'un comprimé trois fois par jour Durant 12 mois (35 remèdes utilisés dont <i>Sepia</i>, <i>Calcarea carbonica</i>, <i>Sulphur</i>, <i>Lachesis</i> et <i>Kali carbonicum</i>)</p> <p><i>Journaux de suivi des symptômes</i></p> <p><i>Indice de Kupperman</i></p> <p><i>Questionnaire de qualité de vie SF-36</i></p>	<p><u>Bouffées de chaleur</u> :</p> <p>Aucune différence significative pour le score des bouffées d'intensité et de fréquence des bouffées de chaleur entre les trois groupes au cours de la période d'un an</p> <p>Score d'intensité et de fréquence globale des bouffées de chaleur moins élevée au cours des 3 premiers mois dans le groupe homéopathie individualisé en comparaison au groupe placebo (p=0,1)</p> <p><u>Indice de Kupperman et qualité de vie</u> :</p> <p>Augmentation significative des céphalées observées à 6 mois (p=0,04) et à 12 mois (p=0,03) dans le groupe homéopathie associée en comparaison aux deux autres groupes</p>

		sous tamoxifène			Pathogénèse observée chez les sujets du groupe homéopathie associée ne prenant pas de tamoxifène Augmentation significative du score de santé générale dans les deux groupes homéopathiques, individualisés (p=0,02) et associés (p=0,03), en comparaison avec le groupe placebo
Nedstrand, E. & al., 2005, Suède: <i>“Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study”</i>	Evaluer l’effet de la relaxation et de l’électro-acupuncture sur les symptômes vasomoteurs chez les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein <i>Bouffées de chaleur, sueurs, troubles du sommeil, nervosité</i> <i>Relaxation ou électro-acupuncture</i> Etude observationnelle prospective	Echantillon total n=38 Groupe relaxation n=19 Groupe électro-acupuncture n=19 Age moyen : 53 ans Participantés sous tamoxifène n=8	Clinique de consultations externes du département de cancérologie et de chirurgie du sein du Linköping University Hospital	Une session hebdomadaire de relaxation durant une période de 12 semaines soit 12 sessions incluant informations, relaxation progressive, relaxation condensée, relaxation contrôlée, différentes relaxations, relaxation rapide et enseignement d’un programme de relaxation à faire à la maison Ou 30 minutes d’électro-acupuncture deux fois par semaines les deux premières semaines puis une fois par semaine les dix semaines suivantes, soit 14 séances ⇒ 12 aiguilles insérées à 5-20 mm de profondeur sur des points définis dont 4 aiguilles situées dans le bas du dos envoyant une stimulation électrique <i>Logbook</i> <i>Indice de Kupperman</i>	<u>Groupe relaxation :</u> Diminution significative du nombre de bouffées de chaleur déjà après 4 semaines de relaxation (p=0,001), après 12 semaines (p=0,0001) et à 6 mois après la fin du traitement (p=0,0001) Réduction significative du score de l’indice de Kupperman en termes d’importance de symptômes climatiques (p=0,001) à 4 semaines, à 12 semaines et à 6 mois après la fin du traitement <u>Groupe électro-acupuncture:</u> Diminution significative du nombre de bouffées de chaleur déjà après 4 semaines de traitement par électro-acupuncture (p=0,001), après 12 semaines (p=0,0001) et à 6 mois après la fin du traitement (p=0,0001) Réduction significative du score de l’indice de Kupperman en termes d’importance de symptômes climatiques (p=0,001) à 4 semaines, à 12 semaines et à 6 mois après la fin du traitement
Quella, S.K. & al., 2000, USA: <i>“Evaluation of Soy Phytoestrogens for the</i>	Evaluer les effets des phytoestrogènes de soja sur l’amélioration des bouffées de chaleur chez les femmes ayant des	Echantillon total n=175 Groupe soja/placebo n=87	The North Central Cancer Treatment Group	Prise quotidienne de 150mg de phytoestrogènes de soja (3 comprimés par jour) durant 4 semaines et prise quotidienne	Efficacité légèrement accrue du placebo en comparaison au traitement expérimental (p=0,01) avec 36% des patientes du groupe placebo qui ont rapporté une diminution de

<p><i>Treatment of Hot Flashes in Breast Cancer Survivors: A North Central Cancer Treatment Group Trial</i></p>	<p>antécédents de cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Prise de comprimés à base de phytoestrogènes de soja ou d'un placebo</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Groupe placebo/soja n=88</p> <p>> 18 ans</p> <p>68% des participantes sous tamoxifène</p>		<p>du placebo durant 4 autres semaines pour les 2 groupes</p> <p><i>Livret de questionnaire</i></p>	<p>50% de la fréquence des bouffées de chaleur contre 24% des patientes du groupe expérimental</p> <p>Pas de résultats significatifs en terme de comparaison des effets du traitement pour le score des bouffées de chaleur (p=0,22) et pour leur fréquences (p=0,72)</p> <p>Pas de préférence des patientes pour le soja ou le placebo</p> <p>Pas différence entre les deux groupes en termes de toxicité (diarrhée/nausées/vomissements/flatulences) excessive du traitement</p>
<p>Rostock, M. & al., 2011, Allemagne:</p> <p><i>“Black cohosh (Cimicifuga racemosa) in tamoxifen-treated breast cancer patients with climacteric complaints – a prospective observational study”</i></p>	<p>Evaluer le dosage, l'efficacité et la tolérance d'un extrait d'actée à grappes noires sur les symptômes climactériques chez des patientes ayant un cancer du sein traitées par tamoxifène</p> <p><i>Bouffées de chaleur, sueurs, troubles du sommeil, humeur dépressive, anxiété, symptômes urogénitaux</i></p> <p><i>Prise d'un extrait d'actée à grappes noires</i></p> <p>Etude observationnelle prospective</p>	<p>Echantillon total n=50 (à un mois n=47, à trois mois n=40, à six mois n=35)</p> <p>Age moyen : 56 ans</p> <p>100% des participantes sous tamoxifène</p>	<p>Département de réhabilitation oncologique et d'après-soins du centre de biologie-tumeur de Freiburg</p>	<p>Prise quotidienne de comprimés d'extrait d'actée à grappes noires sur une période de six mois à raison de 40mg durant le premier mois puis adaptation du dosage en fonction des réponses thérapeutiques selon les patientes</p> <p>Dosage individualisé après un mois</p> <p><i>Menopause Rating Scale MRS II</i></p> <p><i>Questionnaire effets indésirables</i></p>	<p><u>Dosage de l'actée à grappes noires:</u></p> <p>47 patientes continuent le traitement après un mois avec 40mg pour 23 des patientes, augmentation à 80mg pour 15, à 60mg pour 3, diminution du dosage à 20mg pour 2 et passage à la combinaison « Actée à grappes noires et Millepertuis » pour 4 des patientes</p> <p>40 patientes continuent le traitement jusqu'à trois mois avec 40mg pour 24 des patientes, 80mg pour 14 et autres dosages pour 2</p> <p>35 patientes continuent le traitement jusqu'à six mois avec 40 mg pour 20 des patientes, 80mg pour 11 et autres dosages pour 4</p> <p>30 patientes continuent le traitement après la fin de la période d'observation avec 40mg pour 11 des patientes, 80mg pour 12 et autres dosages pour 7</p> <p><u>Efficacité du traitement (MRS II):</u></p> <p>Les principaux symptômes initialement décrits tels que les bouffées de chaleur, les sueurs et les troubles du sommeil ont été le plus améliorés durant la période d'étude</p>

					<p>Amélioration significative des symptômes somatiques végétatifs et des symptômes psychiques ($p=0,01$) à un, trois et six mois, cependant pas d'amélioration significative en termes de symptômes urogénitaux</p> <p><u>Tolérance et effets indésirables:</u></p> <p>43 patientes ont catégorisé la tolérance de l'actée à grappes noires de « très bonne » à « bonne » et aucune de « mauvaise »</p> <p>22 patientes ont rapporté des effets indésirables mais la majorité de ces effets indésirables tels que bouffées de chaleur, somnolence, céphalées ainsi que douleurs articulaires et musculaires peut probablement être attribuée au traitement par tamoxifène</p> <p>Selon une évaluation des médecins, aucun des effets indésirables rapportés ne peut être causalement lié à la prise d'extrait d'actée à grappes noires</p>
<p>Thompson, E.A. & Reilly, D., 2003, Ecosse:</p> <p><i>“The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancer patients. A prospective observational study”</i></p>	<p>Evaluer l'homéopathie dans le traitement des symptômes associés à un déficit de l'activité oestrogénique chez des femmes ayant des antécédents de cancer mammaire ainsi que son effet sur les troubles de l'humeur et la qualité de vie</p> <p>Evaluer la satisfaction des patientes quant au recours à l'homéopathie et l'opinion de celles-ci quant à l'utilité d'un tel traitement</p> <p><i>Bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, douleurs articulaires, fatigue</i></p> <p><i>Traitement homéopathique</i></p>	<p>Echantillon total $n=45$</p> <p>Femmes de 34 à 71 ans</p> <p>Participant sous tamoxifène $n=32$</p>	<p>Glasgow Homeopathic Hospital</p>	<p>Consultation de 60 min et prescription d'un remède homéopathique (25 remèdes utilisés dont <i>Pulsatilla</i>, <i>Sepia</i> et <i>Sulphur</i>)</p> <p><i>Echelles numériques d'autoévaluation</i></p> <p><i>Questionnaire très similaire au « Measure Yourself Medical Outcomes Profile »</i></p> <p><i>Hospital Anxiety and Depression Scale HADS</i></p> <p><i>European Organisation for Research and Treatment in Cancer-Quality of life Questionnaire EORTC QLQ-30</i></p>	<p>Améliorations significatives des scores des 3 symptômes déterminés à l'inclusion par chaque patiente (symptôme 1 $p=0,001$, symptôme 2 $p=0,001$, symptôme 3 $p=0,022$)</p> <p>Améliorations significatives des bouffées de chaleur ($p=0,001$), des troubles de l'humeur ($p=0,001$) et de la fatigue ($p=0,02$)</p> <p>Améliorations observées en termes de douleurs articulaires mais résultats non significatifs ($p=1,82$)</p> <p>Améliorations significatives en termes de qualité de vie ($p=0,05$) et qualité de santé ($p=0,05$)</p> <p>Améliorations significatives des scores en terme de degré d'anxiété ($p=0,004$)</p> <p>Améliorations significatives observées lors de</p>

	Etude observationnelle prospective			<i>Questionnaire d'évaluation finale</i>	la période d'étude en terme de dépression (p=0,039) Satisfaction importante chez 90% des participantes dont 30 qui ont jugé le remède homéopathique utile, très utile ou extrêmement utile
Thompson, E.A. & al., 2005, Ecosse: <i>"A Pilot, Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial of Individualized Homeopathy for Symptoms of Estrogen Withdrawal in Breast-Cancer Survivors"</i>	Evaluer l'effet d'un remède homéopathique sur des symptômes de déficit de l'activité oestrogénique chez des femmes présentant des antécédents de cancer mammaire <i>Bouffée de chaleur, fatigue, trouble du sommeil, nausée, douleurs articulaires</i> <i>Traitement homéopathique individualisé ou placebo</i> Etude clinique randomisée	Echantillon total n=53 Groupe homéopathie n=28 Groupe placebo n=25 Age moyen du groupe homéopathie : 53,6 ans Age moyen du groupe placebo : 51,6 ans 79% des participantes sous tamoxifène	Glasgow Homeopathic Hospital	Prise d'un traitement homéopathique individualisé ou d'un placebo à fréquence similaire durant 16 semaines (71 remèdes utilisés dont <i>Sulphur, Sepia, Carcinosis, Natrum muriaticum, Belladonna et Arnica</i>) <i>Measure Yourself Medical Outcome Profile MYMOP</i> <i>Questionnaire de symptômes ménopausiques</i> <i>Journaux de suivi quotidien</i> <i>European Organisation for Research and Treatment in Cancer-Quality of life Questionnaire EORTC QLQ-30</i> <i>Hospital Anxiety and Depression Scale HADS</i> <i>Questionnaire Finale d'Evaluation FAQ</i> <i>Glasgow Homeopathic Hospital Outcome Scale GHHOS</i>	Aucune preuve d'une différence entre les deux groupes que ce soit en termes de score d'activité (p=0,17) ou de score global du profil médical (p=0,13) n'a été observée, cependant, amélioration cliniques importantes dans les deux groupes Aucune preuve d'une différence significative entre les deux groupes en termes de critères de jugement secondaires (sueurs nocturnes, sueurs diurnes, qualité de vie, anxiété/dépression) mesurés lors des visites de suivi n'a été observée Changements intra-groupes cliniquement pertinents ont été observés en termes de symptômes et de troubles de l'humeur avec 75% de femmes rapportant une amélioration majeure de leurs symptômes Les femmes du groupe homéopathique étaient moins satisfaites du traitement mais jugeaient davantage le remède homéopathique utile pour leur symptôme principal que celles du groupe placebo
Van Patten, C.L. & al., 2002, Canada: <i>"Effect of Soy Phytoestrogens on Hot Flashes in</i>	Evaluer l'acceptabilité d'une boisson à base de soja contenant des phytoestrogènes dans le traitement des bouffées de chaleur chez des femmes postmenopausées présentant des antécédents de	Echantillon total n=123 Groupe soja n=59 Groupe placebo n=64 Âge moyen du groupe	British Columbia Cancer Agency	Prise quotidienne de 250ml d'une boisson à base de soja 2 fois par jour (soit une consommation journalière de 90mg d'isoflavones) sur une période de 12 semaines ou prise	<u>Bouffées de chaleur</u> : Aucune diminution significativement différente entre les deux groupes Diminution significative de la fréquence le jour, la nuit et au cours d'une période de 24h

<p><i>Postmenopausal Women With Breast Cancer: A Randomized, Controlled Clinical Trial</i></p>	<p>cancer mammaire</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Prise quotidienne d'une boisson à base de soja ou d'une boisson à base de riz (placebo)</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>expérimental : 55,5 ans</p> <p>Age moyen du groupe contrôle : 54,9 ans</p> <p>Participantés sous tamoxifène n=38</p>		<p>d'un placebo (boisson à base de riz) dans les mêmes conditions</p> <p><i>Journal de suivi quotidien</i></p> <p><i>Questionnaires à 4, 8 et 12 semaines</i></p> <p><i>Questionnaire finale</i></p> <p><i>Échantillon de sang à l'inclusion et à 6 semaines</i></p>	<p>dans les deux groupes</p> <p><u>Effets secondaires :</u></p> <p>Effets secondaires gastro-intestinaux plus graves et plus fréquents dans le groupe expérimental</p> <p>Prise de poids inhabituelle de 5% minimum du poids total dans les deux groupes</p> <p><u>Concentrations sériques d'isoflavones :</u></p> <p>Significativement plus élevées à 6 semaines de traitement chez les femmes du groupe soja en comparaison avec le groupe placebo</p>
<p>Walker, E.M. & al., 2010, USA:</p> <p><i>“Acupuncture Versus Venlafaxine for the Management of Vasomotor Symptoms in Patients With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial”</i></p>	<p>Evaluer l'effet de l'acupuncture sur la réduction des symptômes ménopausiques chez les patientes traitées pour un cancer mammaire qui reçoivent une thérapie anti-oestrogéniques en comparaison avec la Venlafaxine (=Effexor)</p> <p>Déterminer si l'acupuncture a moins d'effets secondaire que la Venlafaxine</p> <p><i>Bouffées de chaleur</i></p> <p><i>Acupuncture ou prise de Venlafaxine</i></p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Echantillon total n=50</p> <p>Groupe acupuncture n=25</p> <p>Groupe Venlafaxine n=25</p> <p>Age moyen du groupe acupuncture : 52,2 ans</p> <p>Age moyen du groupe Venlafaxine : 56,6 ans</p> <p>100% des participantés sous tamoxifène ou arimidex</p>	<p>Oncology clinics of Henry Ford Health System</p>	<p>Séance d'acupuncture deux fois par semaine le premier mois puis une fois par semaine les huit semaines suivantes, soit 3 mois de traitement</p> <p>Ou</p> <p>Prise per os quotidienne de 37,5mg de Venlafaxine durant une semaine puis 75mg dans les mêmes conditions durant les onze semaines suivantes</p> <p><i>Hot Flash Diary</i></p> <p><i>Menopause specific Quality of Life Questionnaire MenQOL</i></p> <p><i>Short Forme 12-Item Survey SF-12</i></p> <p><i>Beck Depression Inventory-Primary Care BDI-PC</i></p> <p><i>National Cancer Institute Common Toxicity Criteria scale</i></p>	<p><u>Bouffées de chaleur:</u></p> <p>Dans les deux groupes, diminution de 50% des bouffées de chaleur entre le début et la fin du traitement avec une amélioration significative dans les groupes (p=0,036) et dans le temps (p=0,001)</p> <p>Ou</p> <p>Après deux semaines post-traitement, ré-augmentation des bouffées de chaleur dans le groupe Venlafaxine mais pas pour le groupe acupuncture où les scores en termes de fréquence des bouffées de chaleur n'ont par ré-augmenté</p> <p>Dans les deux groupes, amélioration significative, dans le temps, de la sévérité des bouffées de chaleur (p=0,001)</p> <p><u>Bénéfices secondaires:</u></p> <p>Dans les deux groupes, amélioration significative des résultats obtenus au BDI-PC (p=0,001), au MenQOL (p=0,002) et au SF-12 en ce qui concerne la santé mentale (p=0,007)</p> <p><u>Tolérance aux traitements:</u></p> <p>Mise en évidence de 18 effets indésirables</p>

					dans le groupe traité par la Venlafaxine contre zéro pour le groupe traité par acupuncture avec une différence significative entre les deux groupes ($p=0,002$)
--	--	--	--	--	---