MÉNOPAUSE: DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

A PARTIR DE CAS CLINIQUE,,,

Dr Anne-Sophie Van Eyck

PLAN

- Péri-ménopause, diagnostic de la ménopause
- Prise en charge de la patiente symptomatique: THM
- Alternatives au traitement hormonal

CAS CLINIQUE 1

Femme de 46 ans qui est toujours sous CO et qui se présente avec comme plainte l'absence de règles depuis 4 mois

→Suis-je ménopausée? Pré-ménopausée?

→Dois-je faire une prise de sang?

→Contraception?

DIAGNOSTIC

- Pré-ménopause? Ménopause?

- Diagnostic de la ménopause:

→ 1 an sans règles, sans traitement hormonal

- Ménopause précédée de la péri-ménopause

→ Durée variable

→ +/- Symptomatique

Menarche — FMP (0)

Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	Variable				Variable	1–3 years	2 years (1+1)		3–6 years	Remaining lifespan
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/ Length	*Variable Length* Persistent ≥7-day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 IU/L** Low Low	↑ Variable* Low Low		Stabilizes Very Low Very Low	
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	Low	Very Low		Very Low	
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms *Likely*	Vasomotor symptoms *Most Likely*			*Increasing* symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2–5 ↑ = elevated

** Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard[67–69]

Figure 1. The Stages of Reproductive Aging Workshop + 10 staging system for reproductive aging in women. FMP, final menstrual period; FSH, follicle stimulating hormone; AMH, anti-Müllerian hormone. Reprinted from Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive Summary: Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric* 2012;15:105–14; *Fertil Steril* 2012;97:843–51; *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1159–68; *Menopause* 2012;19:387–95.

DIAGNOSTIC

- Comment savoir si je suis ménopausée?
- Comment interpréter aménorrhée?

✓Patiente en cycles spontanés – stérilet cuivre, LT: profil des saignements

✓Patiente sous oestro-progestatif

✓Patiente sous Progestatif micro-dosé

✓Patiente sous stérilet hormonal

→ autres symptômes: BDC, sudation nocturne, sécheresse vaginale,,,

DIAGNOSTIC

- Dois-je faire une prise de sang?

✓Patiente sous oep: arrêt de la pilule

✓Patiente sous Pg, stérilet hormonal: dosage de prise de sang

- Quelles infos apportées par la prise de sang?

✓FSH, oe

✓Information ponctuelle

✓FSH>>, FSH>

✓Au mieux: péri-ménopause,,,

- Nécessité contraceptive
- Autres symptômes nécessitant une prise en charge

Maturitas, Baldwin et al, 2013; Bateson et al, 2017

DIAGNOSTIC

- Quand arrêter la pilule?

✓Oep: 50 ans

✓Pg: symptômes? - Bio

- A l'arrêt de la pilule?

✓contraception mécanique

✓reprise d'un cycle

→ reprise d'une contraception (CO: Pg)

✓Aménorrhée

→ 1 mois après arrêt: bio: FSH/Oe, répéter à 6 semaines d'intervalle

→ contraception? Attention à l'âge de la patiente

, > 50ans: 1 an, <50 ans: 2 ans d'aménorrhée

Maturitas, Baldwin et al, 2013; Bateson et al, 2017,Lambert et al 2018

CAS CLINIQUE 1

Femme de 46 ans qui est toujours sous CO et qui se présente avec comme plainte l'absence de règles depuis 4 mois

- Ex clinique
- Rassurance aménorrhée sous oep
- Pas arrêter oep pour le reprendre,,,
- Nécessite de poursuivre contraception
- Av/risque oep, alternatives contraceptives

CAS CLINIQUE 2

- Femme de 52 ans, aménorrhée depuis 13 mois , pas de traitement, dort mal, bouffées de chaleur, sécheresse vaginale,...

→ traitement hormonal de la ménopause

SYMPTÔMES:

- Symptômes vasomoteurs

✓80% patientes, durée médiane totale 7,4 ans, durée > si symptômes précoces (> 11,8 ans) Etude SWAN

Diminution QOL, trouble du sommeil, fatigue, pb de concentration, dépression, irritabilité

→ THM systémique

✓Réduction de fréquence de 75% et d'intensité
✓Dose dépendant, récidive dans 50% des cas à l'arrêt

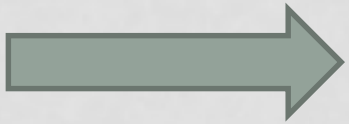
IMS recommandations, Climateric 2016; NAMS, 2017

SYMPTÔMES:

- Syndrome génito-urinaire de la ménopause (GSM)

→ Incontinence urinaire: Vessie hyperactive, IUE, Infections urinaires à répétitions

→ Atrophie urogénitale, sécheresse, prurit, dyspareunie



Oestrogènes locaux

Utilisation prolongée

Pas d'efficacité sur IUE

IMS recommandations, Climateric 2016, NAMS 2017, Menopause

CONSÉQUENCES MNP

- Ostéoporose

✓ MHS systémique: prévention de la perte de la masse osseuse, réduction fracture ostéoporotique post-ménopause

✓ Pop à risque: histoire personnelle ou familiale, abus d'alcool, POI, aménorrhée, low body mass, tabac, arthrite rhumatoïde, corticoïdes

✓ Disparition rapide de la protection osseuse à l 'arrêt du THM

- Maladies cardio-vasculaires

✓ principale morbidité et mortalité post-ménopause

✓ effet cardio-protecteur du THM

✓ prévention primaire maladie cardio-vasc: pas une indication de MHT

IMS recommandations, Climateric 2016; NAMS 2017, Menopause

RISQUE LIÉE AU THM

- THM systémique
- Oestrogènes locaux

- Risque cardio-vasculaire
- Risque thrombo-embolique

- Cancer sein
- (Cancer endomètre: si utérus en place: oe**+pg**)

RISQUES

- Oestrogènes locaux

✓Taux circulation sanguine// taux patiente ménopausée

✓ Pas de protection endométriale Pg

✓ Pas d'impact sur coagulation

✓ Pas de majoration du risque du cancer sein

Menopause, 2017; IMS recommandation 2016; Faubion et al, Menopause 2018, Lancet 2019

RISQUES CV/TV

- **MCV** (CI si antéc CV)

✓Fenêtre d'opportunité (< 60 ans, <10 ans diagn MNP)

✓Stroke: Risque lié à l'âge, MHT > ce risque après 60 ans si voie orale, pas de majoration du risque si voie transdermique

✓Lien à la dose

- **Risques thrombo-emboliques** (CI si antéc)

✓Risque lié à l'âge, FR connus

✓Voie orale > voie trans-dermique (pas de first-pass hepatic)

✓Lien type de progestatif

Lokkegaarde et al, Stroke, 2017

RISQUE: CANCER SEIN

- Le risque du cancer du sein augmente avec la durée du traitement
- Risque perdure après l'arrêt du THM
- Risque variable en fonction type de traitement : oe/pg >oe seul)

- Méta-analyse Lancet, 2019: inclusion étude observation, > étude 1981, traitement utilisé: progestatif de synthèse , Oe>, pas de sur-risque patiente obèse traitée
- Oe+P: > 5 ans, type Pg?
- POI
- WHI: diminution de la mortilité globale sous THS

WHI study, Simin et al, EJC, 2017, Menopause, 2017, IMS recommandation 2016, Lancet 2019

RISQUE: CANCER DU SEIN

- + 1 cas diagnostiqué/1000 femmes par an // obésité, peu d'activité, 2 verres de vin/jour

- Alcool: > 16,4% cancer sein, "the more you drink, the more that risk is."

CA Cancer J Clin. 2018

- Risque cancer sein >+5kg >> surpoids> obésité,

North American Menopause Society (NAMS) 2019

- Perte poids à la ménopause diminue le risque de cancer du sein

Cancer 2018

- Sédentarité, alcool, obésité: >> risque du cancer du sein par rapport THM/oestrogène

North American Menopause Society (NAMS) 2019, Lancet 2019

QUEL TRAITEMENT SYSTÉMIQUE?

- Œstrogène: per os ou transdermique

✓ voie transdermique: premier choix

✓ voie orale > CRP et TG

✓ voie orale > SHBG, < testo circulante

✓ Risque thrombotique veineux et AVC< voie transdermique

✓Voie per os: > cholecystite, lithiase, cholecystectomie

- Type de progestatif (si utérus présent)

✓ Neutre endomètre et métabolisme:

PENDANT COMBIEN DE TEMPS?

- Durée du traitement?
  Persistance de symptômes

- Suivi annuel, réévaluation des comorbidités, décision en fonction FR: cancer sein, patho cardio-vasc (CHD, stroke), risques thrombo-emboliques, régime alimentaire, contrôle du poids, exercice physique (150min/sem), arrêt du tabac, consommation 'safe' alcool

- Pas de données pour une utilisation prolongée > 65 ans

- Discussion individuelle et information des patientes

CAS CLINIQUE 2

- Femme de 52 ans, aménorrhée depuis 13 mois , pas de traitement, dort mal, bouffées de chaleur, sécheresse vaginale,...

  → anamnèse personnelle et familiale, CI?
  → ex clinique et sénologique
  → av/risque
  → voie transdermique/Pg micronisée
  → prise en charge globale, hygiène de vie
  → suivi régulier

CAS CLINIQUE 3

- Femme de 53 ans avec symptômes de ménopause qui ne souhaite pas de traitement hormonal (ou CI THM)

→ Alternatives au traitement hormonal (BDC)

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL

- Patiente ayant une contre-indication au THM (cancer sein HS, pathologie cardio-vasculaire, antéc TV)
- Patiente 'pas bonne candidate'
- Patiente refusant l'utilisation d'hormones

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL

- 2/3 patientes en demande d'un traitement ne seront pas traitées par un THM

Constantine et al 2016

- Tenir compte de l'effet placebo (jusqu'à 59% d'effet placebo dans les études MNP)

- MNP période de la vie complexe psychologiquement /physiquement – lien médecin /patiente

Biglia et al 2019

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL

- Patientes ayant une contre-indication au THM (cancer sein HS)

→ interactions médic/métabloiques (Tam)

Inhibiteurs du CYP 2D6

→ propriétés 'oestrogéniques-like'

ALTERNATIVES PHARMACOLOGIQUES

- Anti-dépresseurs: SSRI/SNRI
- Anti-épileptique: Gabapentine
- ~~Clonidine~~ (Dixarit®: arrêt commercialisation, 25µg, < 2/2019)
- Oxybutinin - Ditropan®

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL: SSRI/SNRI

Table 1. SSRIs for HFs.

Type of drug and dose	Effectiveness	Side effects	Interactions with tamoxifen
Paroxetine 10–25 mg/day (7.5 mg salt is the only SSRIs/ SNRIs approved for the treatment of menopausal moderate-to-severe HFs by FDA) *(first-line option for HFs)* [15, 16, 17, 21, 23]	Up to 64% HFs score reduction, improvement also of sleep	- Nausea at the 20 mg dose - The low dosage has less toxicity - low withdrawal rate, in particular, with low doses	Potent inhibitors of CYP2D6 enzyme; they should be avoided during tamoxifen use
Fluoxetine 10–30 mg/day *(second-line option for HFs)* [16, 17, 21, 22]	24% HFs score and 19% HFs frequency reduction	- 18% withdrawal rate - withdrawal due to more ineffectiveness of treatment rather than to side effects	
Sertraline 25–100 mg/day *(second-line option for HFs)* [16, 17, 21]	Modest effect on HFs	- 10% dropout rate - nausea and decreased sexual function	Moderate effect on the CYP2D6 enzyme
Citalopram 10–20 mg/day *(first-line option for HFs)* [16, 17]	Up to 49%–55% HFs score reduction	- 20% withdrawal rate	Mild inhibitory effect on the CYP2D6 enzyme; they can be used in tamoxifen users
Escitalopram 10–20 mg/day *(first-line option for HFs)* [16, 17]	47% HFs frequency and 24% reduction	- Best tolerability profile - withdrawal rate of 4% - nausea, weakness and drowsiness	

SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors; SNRIs = selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors; FDA = Food and Drug Administration; HFs = hot flushes

Review

Biglia et al, 2019

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL: SSRI/SNRI

Table 2. SNRIs for HFs.

Type of drug and dose	Effectiveness	Side effects	Interaction with tamoxifen
Duloxetine 30–120 mg/day *(first-line option for HFs)* [16]	56% HFs frequency and 62% HFs score reduction	Nausea, weakness, drowsiness, insomnia, mouth dryness and constipation	Moderate effect on the CYP2D6 enzyme
Venlafaxine 37.5–150 mg/day *(first-line option for HFs)* [16, 17, 21, 24, 25]	Immediate effect and strong HFs reduction, up to 30%–58% reduction in HFs frequency and 37%–61% in the HFs score	Nausea, constipation, dry mouth, headache, sleeplessness and decreased appetite	Low inhibitory effect on the CYP2D6 enzyme; they are the safest choices in tamoxifen users
Desvenlafaxine 100–150 mg/day *(first-line option for HFs)* [15, 16, 17, 21]	60%–66% HFs frequency and 24%–29% HFs severity reduction, already in the first week of treatment	Only in the first week of treatment (nausea, dizziness and headache)	

SNRIs = selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors; HFs = hot flushes

Biglia et al, 2019

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL: GABAPENTINE

Table 3. Main studies performed on gabapentin for HFs treatment.

Type of patients	Author, year of publication and type of study, number of patients (N)	Type of treatment	Type of measurement	Main results	Adverse events (AEs)
Healthy women	Guttuso *et al* [29] Randomised, double-blind, placebo-controlled trial *N* = 59	1) 900 mg oral gabapentin for 12 weeks versus placebo 2) Extension phase: gabapentin up to 2,700 mg/day	Diary for HFs severity and frequency, composite score including both	1) 45% HFs frequency and 54% HFs score reduction from baseline, compared with 29% ($p < 0.02$) and 31% ($p < 0.01$), respectively, for placebo 2) With the higher dose, further reduction of HFs (54% in HF frequency and 67% in the score)	- Somnolence, dizziness, rash - In 50% of gabapentin patients, at least one AE (versus 27.6% for placebo) - 13% withdrawal rate in the gabapentin group for AEs (versus 3% for placebo)
	Butt *et al* [30] Randomised, double-blind, placebo-controlled trial *N* = 200	900 mg gabapentin for 4 weeks	Diary for HFs severity and frequency, score including both	51% HFs score and 45.7% frequency reduction versus placebo (26.5% and 24.7%, respectively, $p < 0.001$)	More dizziness, unsteadiness and drowsiness in the gabapentin group versus placebo in the first treatment week, with later AEs reduction
Breast cancer survivors	Pandya *et al* [31] Randomised, double-blind, placebo-controlled, multi-institutional trial *N* = 420 BCSs	300 mg/d or 900 mg/d gabapentin versus placebo over 8 weeks	Diary for HFs severity, frequency and duration	44% HFs frequency and 46% severity reduction in the 900 mg gabapentin group versus placebo (15% for both, $p < 0.0001$) → gabapentin is effective in HFs control at a dose of 900 mg/day	- Withdrawal rate of 12% at 4 weeks and 17% at 8 weeks for AEs - Significant worsening of appetite
	Biglia *et al* [32] RCT *N* = 115 BCSs	Oral gabapentin 900 mg/day (*N* = 60) versus vitamin E 800 IU/day (*N* = 55) for 12 weeks	1) For HFs: daily HFs diary 2) For sleep quality: PSQI 3) For other menopausal Symptoms: MRS 4) For QoL: SF-36 Health Survey	1) HFs frequency and score decreased by 57% and 67%, respectively, ($p < 0.05$) in the gabapentin group 2) Improvement in quality of sleep (PSQI score reduction: 21.33%, $p < 0.05$).	The prescribed treatment with gabapentin was never started by 28.3% of BCSs and was interrupted by 28% of BCSs for AEs (dizziness and somnolence)

HFs = hot flushes; AEs: adverse events; BCSs = breast cancer survivors; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; MRS = Menopause Rating Scale; QoL = quality of life

Review

Biglia et al, 2019

ALTERNATIVES PHARMACOLOGIQUES

- Oxybutinin - Ditropan®

→ pas d'interaction Tam, pas d'activité oe-like
→ >70%, rapidité d'action
→ 5mg, 2x/jour

Leon-Ferre et *al*, ASCO 2018; Simon et *al*, 2016

ALTERNATIVES PHARMACOLOGIQUES

- Anti-dépresseurs: SSRI/SNRI
  → Venlafaxine: Tam
  → contexte dépressif associé?

- Anti-épileptiques: Gabapentine
  → ES,,,

- Oxybutinin

LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Site ‘Fondation contre le cancer’ >> Aide au patient

→ effet oestrogénique

→ interaction traitement hormonaux/chimiothérapies

LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Site ‘Fondation contre le cancer’ >> Aide au patient

La Fondation | Annuaire | Agenda | Actualités & Presse | Jobs | Photos | Partenaires | Publications | Mon Espace Donateur | Faq | Contact NL FR

Fondation contre le Cancer

RECHERCHER

LE CANCER | AIDE AUX PATIENTS | PRÉVENTION | DÉPISTAGE ET SIGNAUX D'ALARME | PROJETS FINANCÉS | NOUS SOUTENIR

Accueil » Aide aux patients » Alimentation pendant/après un cancer » Pendant un cancer » Compléments alimentaires » Guide des compléments alimentaires

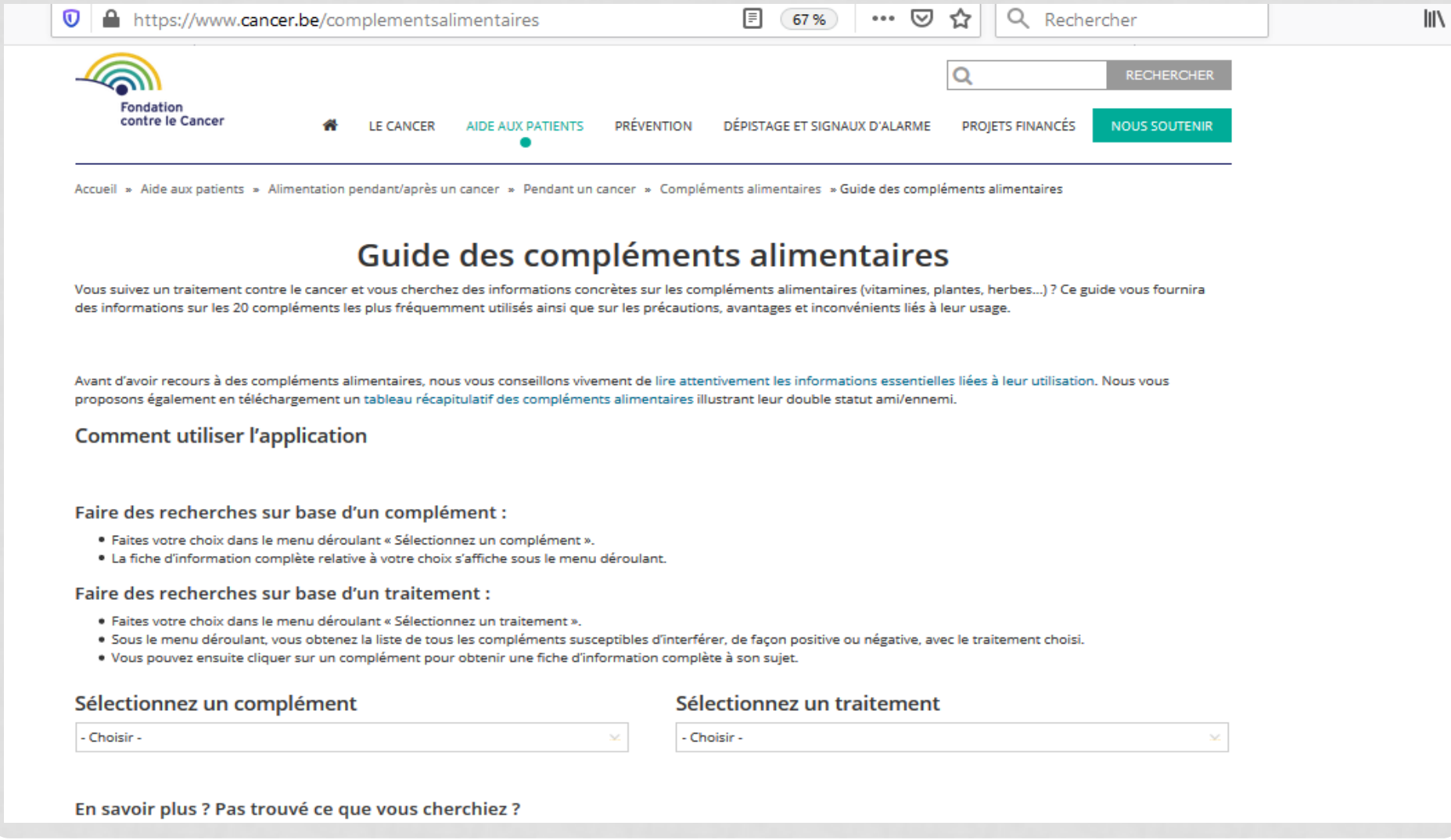
Guide des compléments alimentaires

Vous suivez un traitement contre le cancer et vous cherchez des informations concrètes sur les compléments alimentaires (vitamines, plantes, herbes...) ? Ce guide vous fournira des informations sur les 20 compléments les plus fréquemment utilisés ainsi que sur les précautions, avantages et inconvénients liés à leur usage.

Avant d'avoir recours à des compléments alimentaires, nous vous conseillons vivement de lire attentivement les informations essentielles liées à leur utilisation. Nous vous proposons également en téléchargement un tableau récapitulatif des compléments alimentaires illustrant leur double statut ami/ennemi.

Comment utiliser l'application

LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES



https://www.cancer.be/complementsalimentaires 67 % Rechercher

Fondation contre le Cancer

RECHERCHER

LE CANCER | AIDE AUX PATIENTS | PRÉVENTION | DÉPISTAGE ET SIGNAUX D'ALARME | PROJETS FINANCÉS | NOUS SOUTENIR

Accueil » Aide aux patients » Alimentation pendant/après un cancer » Pendant un cancer » Compléments alimentaires » Guide des compléments alimentaires

Guide des compléments alimentaires

Vous suivez un traitement contre le cancer et vous cherchez des informations concrètes sur les compléments alimentaires (vitamines, plantes, herbes...) ? Ce guide vous fournira des informations sur les 20 compléments les plus fréquemment utilisés ainsi que sur les précautions, avantages et inconvénients liés à leur usage.

Avant d'avoir recours à des compléments alimentaires, nous vous conseillons vivement de lire attentivement les informations essentielles liées à leur utilisation. Nous vous proposons également en téléchargement un tableau récapitulatif des compléments alimentaires illustrant leur double statut ami/ennemi.

Comment utiliser l'application

Faire des recherches sur base d'un complément :

- Faites votre choix dans le menu déroulant « Sélectionnez un complément ».
- La fiche d'information complète relative à votre choix s'affiche sous le menu déroulant.

Faire des recherches sur base d'un traitement :

- Faites votre choix dans le menu déroulant « Sélectionnez un traitement ».
- Sous le menu déroulant, vous obtenez la liste de tous les compléments susceptibles d'interférer, de façon positive ou négative, avec le traitement choisi.
- Vous pouvez ensuite cliquer sur un complément pour obtenir une fiche d'information complète à son sujet.

Sélectionnez un complément

- Choisir -

Sélectionnez un traitement

- Choisir -

En savoir plus ? Pas trouvé ce que vous cherchiez ?

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES EXTRAIT DE POLLEN PURIFIÉ

Table 4. PPE for HFs treatment.

		Author, year of publication and type of study	Number of patients (N) and type of treatment	Type of measurement	Main results
Efficacy in healthy women		Winther *et al* [34] *Double-blind, placebo-controlled trial*	*N* = 64 PPE 2/day per 3 months	- MRS - 15 QoL parameters	- 65% HFs reduction in the PPE group versus 38% in the placebo group ($p < 0.006$) - Improvement in the QoL parameters (tiredness, dizziness, mood, libido, headache, irritability, mood swings and sensitiveness) in the PPE group compared to baseline ($p < 0.031$)
Safety in breast cancer survivors	No oestrogenic activity	Hellstrom *et al* [35] *In vitro study*		- High-performance liquid chromatography analyses of phytoestrogens in PPE - Oestrogenic activity evaluation in the immature female rat uterotrophic bioassay with PPE	- PPE in the high dose of 500 mg kg/day contains low, subeffective concentrations of daidzin, daidzein and genistin. Genistein, formononetin and biochanin could not be detected. - No uterine growth in female rats with PPE
		Seeger *et al* [36] *In vitro study*		- MCF-7 and T47D cells were transfected with PGRMC1 - Different concentrations of PPE alone and in combination with E2 or growth factor were tested - Proliferation was determined by the MTT test - Apoptosis was determined by CDD ELISA kit	PPE was neutral in the cell lines alone or in combination with E2 or growth factors in terms of cell proliferation and cell apoptosis, both in cells transfected with PGRMC1 or not
		Winther *et al* [34] *Double-blind, placebo-controlled trial*	*N* = 64 PPE 2/day per 3 months	- 15 QoL parameters - Diary of AUB - Blood samples for FSH, E2, TT, SHBG	- No changes in vaginal dryness parameter - No AUB - No change in blood levels of FSH, E2, TT, SHBG
	No interference with CYP2D6 enzyme	Goldstein *et al* [37] *In vitro study*		Test for potential inhibition of CYP2D6 enzyme by PPE at high concentrations in pooled human liver microsome with Quinidine as a reference.	Negligible inhibition of CYP2D6 with PPE (6.53% to 10.67%), whereas Quinidine completely inhibited the CYP2D6.

Review

Biglia et al, 2019

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

- Actée à grappe noire (Ymea®)

→ SERM-like action

Table 5. Black cohosh for HFs treatment.

Black cohosh versus placebo	Outcome
HFs frequency and intensity	- No statistically significant difference in systematic reviews and meta-analysis [43, 44] - Same results in RCTs in BCSs [51, 52]
Night sweats frequency	- No statistically significant difference in systematic reviews and meta-analysis [43, 44] - In an RCT in BCSs significant improvement [51]
Menopausal symptom score (KI, GCS and MRS)	No statistically significant difference in systematic reviews and meta-analysis [43, 44]
Safety profile	- Good safety profile in the general population [38, 45] - No endometrial thickness increase [41, 42] - No detrimental effect on recurrence rate in BCSs [54] and unlikely interaction with tamoxifen [38]

KI = Kupperman Index; GCS = Green Climacteric Scale; MRS = menopause rating scale; RCT = randomised controlled trial; BCSs = breast cancer survivors

Biglia et al, 2019

ALTERNATIVES NON PHARMACOLOGIQUES

- Exercice physique – Yoga
- Technique de relaxation
- Acupuncture (Cochrane Review – BC patient/non BC patient)
- Perte de poids (Surcharge, obésité, RCTs non BC patientes) – BC survivors: lutter contre le gain de poids

  WHI study, Menopause 2015
- Thérapie cognitive comportementale

  MENO study1 and 2 trial

MERCI POUR VOTRE ATTENTION