



Traitement hormonal substitutif de la ménopause et qualité de vie.

Aux USA 38 % des femmes entre 50 et 74 ans bénéficient d'un traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause¹. Les risques reconnus du THS sont une augmentation de l'incidence de cancer du sein, de l'endomètre et les accidents thromboemboliques veineux. L'existence d'un bénéfice cardiovasculaire (CV) a été longtemps évoquée sur la base d'études observationnelles. Des études contrôlées ont écarté ce bénéfice en prévention secondaire, et peut-être en prévention primaire². Les autres bénéfices recherchés sont la baisse de l'incidence des fractures et l'amélioration de la qualité de vie. Malgré la croyance largement répandue d'un bénéfice du THS sur la qualité de vie, peu d'études lui ont été consacrées. La fréquence de l'arrêt précoce du THS laisse incertain sur ce bénéfice³. Une étude nous apporte des éléments de réponse¹.

L'étude HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Trial)¹ avait pour objectif de préciser le risque cardiovasculaire du THS en prévention secondaire. Elle a randomisé 2763 femmes entre 55 et 80 ans (âge moyen 67 ans) porteuses d'une maladie coronarienne documentée, recevant soit un THS (estrogène équin + médroxyprogestérone), soit un placebo. Au bout de 3 ans 1027 recevaient encore l'hormonothérapie, et 1099 le placebo. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes pour AVC, fractures, ou prise de poids. Il existait une augmentation significative du risque thromboembolique et des événements coronariens la première année de l'essai.

Parallèlement a été étudié l'influence du THS sur la qualité de vie. Un questionnaire de qualité de vie était rempli à l'entrée dans l'étude, à 4 mois, à 1 an, et annuellement pendant 3 ans. Les critères d'analyses s'effectuaient sur des échelles validées pour la qualité de vie : performances physiques, énergie-fatigue, santé mentale (appréciée sur échelle d'anxiété et de dépression).

Le traitement était associé à une réduction significative des bouffées de chaleur, de la sécheresse vaginale, des troubles du sommeil, avec une augmentation de fréquence de pertes blanches et de métrorragies.

Globalement les scores de qualité de vie diminuaient de façon équivalente dans les deux bras: performances physiques (-3,8 ; p<0,01), état mental (-0,6 ; p=0,05), énergie-fatigue (-3,8 ; p<0,01). Les symptômes dépressifs n'étaient pas modifiés (p=0,2) mais semblaient moins accentués chez les femmes traitées (p=0,05)

Deux sous-groupes ont été constitués suivant la présence ou non de bouffées de chaleur à l'entrée dans l'étude.

- Les premières (434 patientes, âge moyen 63 ans), lorsqu'elles recevaient un THS, avaient un meilleur score d'état mental (+2,6 vs -0,5 ; p=0,04) et moins de signes dépressifs (-0,5 vs +0,007 ; p=0,01), sans changement significatif pour les scores de performances physiques et d'énergie-fatigue.

- Les secondes (2325 p., âge moyen 67 ans) avec le THS observaient une baisse des performances physiques (-4,2 vs -3,3, p=0,04), de leur énergie-fatigue, (-4,6 vs -3,1 ; p=0,03), sans changement significatif de leur état mental. Le THS semblait donc être associé à une diminution significative des performances physiques (plus sensible chez les femmes sans bouffées de chaleur), et à une amélioration des symptômes dépressifs surtout s'il existe des bouffées de chaleur..

Cette étude a des limites signalées par les auteurs: recueil de données inexploitable dans 19% des cas, âge moyen élevé des patientes, existence chez elles d'une pathologie associée qui fait qu'elles ne sont pas représentatives de la population habituellement candidate au THS, type de THS utilisé différent des habitudes françaises.

Ses conclusions limitent le bénéfice sur la qualité de vie aux patientes ayant des symptômes liés à la ménopause. Elles sont voisines de celles de trois autres études citées par les auteurs chez des femmes plus jeunes. Un grand essai américain en cours (WHI), sur 27.000 femmes devant être suivies 9 ans, donnera plus de précisions sur une population plus représentative et des modalités de THS plus variées.

Que reste-t-il alors du THS ? Pas de quoi pavoiser dit l'éditorialiste du JAMA et l'objectif "feminin forever" est un slogan qui n'est pas prouvé³. Le THS peut être proposé pour améliorer les symptômes et, par là, la qualité de vie. Pour le reste, la balance bénéfice/risque doit être précisée: le bénéfice osseux nécessite une durée suffisante et il y a d'autres moyens (médicamenteux et non médicamenteux), le bénéfice CV est improbable et ne doit pas être un argument de prescription, les risques thromboemboliques et carcinologiques sont bien connus.

1- Hlatky MA et al. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. JAMA 2002; 287 (5):591-7

2- Collectif. Traitement hormonal substitutif de la ménopause et risque cardiovasculaire. Bibliomed 2001; 216

3- Rexrode K. Postmenopausal hormone therapy and quality of life. No cause for celebration. JAMA 2002; 287 (5): 641-2

Mots-clé: THS, ménopause, qualité de vie

Numéro 256 du 7 mars 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>