



**Ménopause
2010**

J-C COLAU
Hôpital FOCH
France

Tendances 2010

- Entre 2002 et 2009, deux femmes sur trois traitées en 2002 ont interrompu leur THM en termes de vente de millions de boîtes: 23,2 / 7
- Trois changements majeurs
- -1 Voies orales et timbres ont diminué au profit des gels
- -2 transfert de prescriptions des P de synthèse vers la P naturelle
- -3 Evolution vers des posologies modérées

Données récentes

Risque coronarien chez les femmes ménopausées les plus jeunes sous THS

Toh S et coll. Ann. Int Med 2010 152:211-17

Nouvelle analyse à partir de l'étude WHI

Objectif: le risque coronarien existe-t-il chez les femmes les plus jeunes, et disparaît-il à l'arrêt du THS ?

Conclusion: risque identique à celui de la population globale pour les deux premières années de traitement

(1,29) (CI) 0,52-3,18)

Une protection n'apparaît qu'après les 6 premières années,

(0,64) (CI) 0,21-1,99)

Commentaires

La sous population des femmes les plus jeunes est approximativement de

2700 / 8100 femmes incluses dans chaque bras

Groupe traité: 31 A. coronariens, dont 14 pour les 2 1ères années

Groupe placebo: 34 A coronariens dont 12 pour les 2 1ères années

Analyses sophistiquées (Observance), Etude poolée avec la NHS donnant plus de puissance,

Groupe traité = 11 cas / 1000 de CHD contre 12,9 / 1000 groupe placebo

Cependant « résultats non significatifs, mais léger risque possible »

Problème non clarifié par cette nouvelle analyse; initialement, la WHI estimait qu'une protection CV ne s'observerait pas avant 9 années de traitement

L'hypothèse d'un risque d'accident aigu en cas d'athérome mature est plausible, mais en dehors d'un haut risque, le THS exerce une certaine protection

Risque d'ATE variable (?) selon les THS ?

Renoux C et coll. J. Thromb Haemost 2010

Etude U.K sur près d'un million de femmes entre 50 et 79 ans

Plus de 23000 ATE (2,46%)

Dont:

-365 sous Tt transcutané

-148 sous Tibolone

RR pour THS oral (E, ou E + P)= 1,52 (CI: 1,44-1,61)

Risque maximal pour la 1ère année des traitements oraux (E) et normalisation après 4 mois d'arrêt.

Risque dose (E) dépendant.

Pas d'augmentation du risque pour les voies transdermiques,

E ou EP

Rôle du P ?

Risque d'ATE variable (?) selon les THS ?

Renoux C et coll. J. Thromb Haemost 2010

Commentaires

Parmi les différents risques des THS, celui d'ATE varie selon les
Préparations, et les doses utilisées

La différence entre voie orale et non orale ne concerne que E2 17 β
Et non I4EE des OP

Cette étude confirme les travaux antérieurs:

-Esther 2007

Et rend plausible l'explication physiopathologique de modifications de s
facteurs hémostatiques Pas d'augmentation du risque dans la sous
population des anomalies d'hémostase : mutations du facteur V et de la
prothrombine

La Tibolone n'entraîne pas d'augmentation du risque

Dépistage des cancers du sein et de la prostate « revisités »

Esserman L et coll JAMA 2009 : 1685-92

Depuis 2 décades, le dépistage a doublé la détection de cancers débutants, d'où une augmentation importante de l'incidence de ces cancers, qui reste plus élevée qu'avant le développement du **screening mammographique**.

Ce dépistage n'a pas apporté l'amélioration attendue en termes de **mortalité** de ces tumeurs à croissance lente, comportant un risque minimal.

Ces cancers qui guériraient probablement par la seule chirurgie, bénéficient selon les auteurs d'un excès thérapeutique.

Ainsi, l'association entre dépistage systématique et traitement agressif augmente considérablement la morbidité et le coût, sans dépister les cancers agressifs et avancés dont la détection est insuffisante par le screening

La distinction entre risque minimal et haut risque doit être développée

commentaires

Le dépistage systématique augmente la détection des cancers à « bas risque », ce qui peut expliquer l'absence de diminution de la mortalité

Les auteurs proposent d'autres stratégies, avec validation de marqueurs identifiant les « haut risques »

Ils suggèrent une adaptation des méthodes thérapeutiques dans le sens d'une minimalisation thérapeutique pour ces cancers à « risque minime »

Vaste programme...

commentaires

D'autant qu'une étude Danoise de

Jorgensen et coll BMJ Mars 2010

comparant la mortalité par cancer du sein entre régions dépistées ou non, ages extrêmes (avant 55 ans et après 75 ans) et périodes avant dépistage

N'a pas montré la diminution attendue de 25%...

Cette étude très critiquée considère que les progrès thérapeutiques ont plus d'impact que le dépistage.

Seules des études randomisées seraient capables d'apporter la réponse....