

# Ménopause et ostéoporose

Jennifer Blake, BSc, MD, FRCSC, Serge Bélisle, MD, FRCSC, MSc

Présidents de la conférence canadienne de consensus sur la ménopause

Dans l'édition spéciale de février du *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, nous avons publié le rapport de la troisième conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose<sup>1</sup>. De façon surprenante, les auteurs en sont facilement venus à un consensus, et ce, malgré la controverse qui entourait le sujet et le fait que les groupes de consensus (tel que celui que nous avons mis sur pied pour ce projet) ont la réputation d'être exigeants et de mener des débats musclés au nom de leur quête des meilleurs résultats possibles.

Le fait que les rapports issus de la *Women's Health Initiative* (WHI)<sup>2,3</sup> n'aient pu établir l'efficacité de l'hormonothérapie (HT) pour la prévention des maladies cardiovasculaires fut une grande déception. D'une certaine façon, il est possible d'affirmer que les résultats de la WHI ont eu le désavantage d'ébranler la confiance des patientes envers les données issues des études et des essais cliniques (en plus d'ébranler, dans une moindre mesure, notre propre confiance envers ces données). Bon nombre de nos patientes se sont tournées vers des ouvrages à succès pour y puiser des recommandations ou encore vers des traitements « naturels » n'ayant pas fait leurs preuves en matière de soulagement. Qui plus est, de nombreux médecins ont eu l'impression d'avoir perdu leur crédibilité auprès de leurs patientes à la suite de la publication des résultats de la WHI; aux États-Unis, l'« industrie » de la poursuite judiciaire s'est évidemment saisie de l'affaire... Pourtant, les résultats de la WHI ne se sont pas avérés si différents de ce que nous savions déjà. Aux États-Unis, environ 68 % des femmes ont abandonné l'HT à la suite de la publication des résultats de la WHI<sup>4</sup>, tandis qu'en Allemagne cette proportion a plutôt atteint 25 %<sup>5</sup>. Pourquoi donc a-t-on constaté une telle différence? Est-ce en raison d'une plus grande sensibilité des Nord-Américains aux risques, de la teneur de la couverture médiatique, ou encore à cause de la conjoncture qui régnait au moment de la publication desdits résultats?

La bonne nouvelle dans tout cela, c'est que la remise en question du rôle des hormones en matière de prévention a

permis la mise à l'avant-plan des modifications du mode de vie à titre de moyen de réduire les risques, en plus d'éveiller l'intérêt de nos patientes envers celles-ci. Ainsi, nous pouvons aviser les femmes qu'il existe de nombreux moyens extrêmement efficaces d'assurer la prévention : l'exercice, le maintien d'un poids santé, l'adoption d'un régime alimentaire sain et l'abandon du tabagisme entraînent tous des avantages substantiels. L'offre de conseils médicaux s'avère un outil important lorsque vient le temps d'aider les patientes à modifier leur mode de vie; il est donc essentiel que nous tirions parti de l'occasion de changement que constitue une période de transition telle que la ménopause dans la vie de nos patientes. Le déclin de l'incidence des maladies cardiovasculaires chez la femme est menacé par la hausse des taux d'obésité, ainsi que par le diabète et l'hypertension qui accompagnent celle-ci<sup>6</sup>. La plupart des femmes profitent de la période de la ménopause pour effectuer des changements dans leur vie. Le rapport de consensus que nous venons de publier mentionne certaines données qui soutiennent les modifications envisagées par les femmes.

Le nouveau rapport de consensus comporte des chapitres voués aux préoccupations des patientes envers les symptômes de la ménopause et du vieillissement. Les femmes nous font, en effet, de plus en plus part de leurs préoccupations au sujet des bouffées de chaleur, des troubles du sommeil, de la fatigue, de l'inconfort vaginal, de l'incontinence urinaire et de la perte de libido. Le rapport de consensus propose une approche graduée pour chacun de ces symptômes, tenant compte des données qui soutiennent les interventions visant le mode de vie et les comportements, les traitements de médecine douce et les traitements d'ordonnance (tant non hormonaux qu'hormonaux). Le message à retenir est que, pour chacune de ces questions, nous sommes en partenariat avec nos patientes et que nous pouvons travailler à l'amélioration de leur qualité de vie.

Un large consensus soutient que le rôle de l'hormonothérapie dans la prise en charge de la ménopause est maintenant d'assurer (au moyen de la plus faible posologie efficace au cours du temps de traitement requis) le soulagement des symptômes ménopausiques. Nous nous

*suite à la page 219*

**Ménopause et ostéoporose suite de la page 186**

devons de souligner qu'il n'existe que peu de données soutenant l'innocuité accrue du traitement à faible posologie; il ne faut pas perdre de vue que les posologies standard ont bel et bien été établies en raison de leur efficacité en matière de prévention. Là où la WHI a eu la main heureuse, c'est en ce qui concerne les données soutenant les avantages de l'hormonothérapie en matière de prévention des fractures ostéoporotiques. En effet, l'œstrogénothérapie est considérée comme une option de deuxième intention efficace pour la prévention de l'ostéoporose; de plus, elle confère cet avantage aux femmes qui l'utilisent pour des raisons symptomatiques. Lorsque nous avons à prendre en charge des symptômes sans devoir nous préoccuper de ces questions de prévention, nous disposons d'un plus grand choix en matière de posologie. Il est ironique de constater que le rôle de l'androgénothérapie chez les femmes vivant une ménopause naturelle a constitué l'un des domaines les plus controversés sur lesquels se sont penchés les membres du groupe de consensus. Puisque nos patientes prennent connaissance de rapports prometteurs dans les médias et Internet en ce qui concerne le traitement à la testostérone, nous recevons un grand nombre de demandes à ce sujet.

Le rapport de consensus traite d'autres domaines controversés : La WHI a constaté que le risque de cancer du sein chez les femmes ayant recours à l'HT était très semblable à celui qui faisait auparavant l'objet d'un consensus général. Le risque associé à l'HT est comparable à celui qui est associé au surplus de poids ou au fait de reporter la grossesse. Le facteur de risque le plus important en matière de cancer du sein est le vieillissement; il est donc approprié de souligner que l'âge moyen des participantes à la WHI était d'au moins 10 ans supérieur à celui des femmes qui envisagent d'avoir recours à l'HT pour des raisons symptomatiques. Nous conseillons aux femmes d'utiliser la plus faible posologie d'HT efficace; après tout, la plupart des femmes n'ont besoin que de deux ou trois ans d'HT pour assurer le soulagement de leurs symptômes, soit une durée de traitement qui n'est pas associée à une hausse des risques.

La WHI n'était pas conçue pour déterminer si l'HT pouvait prévenir les maladies cardiovasculaires chez les femmes de moins de 60 ans, puisque l'incidence de ces maladies est trop faible au sein de ce groupe pour y parvenir<sup>7,8</sup>; la WHI avait plutôt pour objectif de jeter un coup d'œil aux issues intermédiaires au sein de cette population. Il est peu probable qu'un essai comparatif randomisé (quel qu'il soit) parvienne un jour à traiter de la prévention des maladies cardiovasculaires chez les femmes postménopausées jeunes

et en santé; ainsi, la controverse persiste. Nous avons accepté le fait que les données ne soutiennent pas le recours à l'HT pour la prévention des maladies cardiovasculaires.

Un risque accru d'accident vasculaire cérébral chez les utilisatrices d'HT a été constaté par la WHI; il faut toutefois souligner que la cohorte de cette dernière comptait des femmes qui semblaient courir des risques importants d'accident vasculaire cérébral, notamment des femmes présentant des risques préexistants. Nous pouvons éviter de prescrire une HT aux femmes qui courent des risques accrus d'issue indésirable et ainsi en améliorer l'innocuité, tout comme nous avons appris à le faire au fil des ans en évitant de prescrire des contraceptifs oraux aux femmes qui courent des risques élevés (notamment les fumeuses d'âge avancé) et en ayant recours à des posologies moindres au besoin.

Bien qu'un document de consensus ne reflète que les données connues au moment de sa rédaction, nous avons eu l'occasion, dans le cadre de ce troisième rapport, de replacer certaines des études les plus alarmantes dans leur contexte. Bien que les résultats de la WHI aient ébranlé la confiance envers les méthodes scientifiques, ils n'ont absolument pas affaibli notre engagement envers la recherche des meilleures données possibles et la formulation de conseils cliniques fondés sur des études crédibles. Le cadre théorique du recours à l'HT est passé de la prévention au traitement et à la personnalisation de la prise en charge en fonction de l'évolution des connaissances. De nombreux développements intéressants méritent notre attention au cours des quelques prochaines années; nous pouvons être assurés que nous n'avons pas encore entendu le dernier mot à ce sujet.

**RÉFÉRENCES**

1. SOGC. « Conférence canadienne de consensus sur la ménopause, mise à jour 2006 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 28, édition spéciale 1, 2006, p. S7-S110.
2. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 288, 2002, p. 321-33.
3. Women's Health Initiative Steering Committee. « Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 291, 2004, p. 1701-12.
4. Rolnick SJ, Kopher RA, DeFor TA, Kelley ME. « Hormone use and patient concerns after the findings of the Women's Health Initiative », *Menopause*, vol. 12, 2005, p. 399-404.
5. Heitmann C, Greiser E, Dören M. « The impact of the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial 2002 on perceived risk communication and use of postmenopausal hormone therapy in Germany », *Menopause*, vol. 12, 2005, p. 405-11.
6. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Grodstein F, Colditz GA, Speizer FE et coll. « Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women », *N Engl J Med*, vol. 343, 2000, p. 530-7.
7. Women's Health Initiative Study Group. « Design of the Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study », *Controlled Clinical Trials*, vol. 19, 1998, p. 61-109.
8. Hays J, Hunt JR, Hubbell FA, Anderson GL, Limacher M, Allen C et coll. « The Women's Health Initiative recruitment methods and results », *Ann Epidemiol*, vol. 13, (suppl. n° 9), 2003, p. S18-77