

GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL RÉSEAU ÉPIDÉMIOLOGIQUE LORRAIN

Site internet: <http://www.glam.fr.st>

AUDIT : TRAITEMENT HORMONAL-SUBSTITUTIF DE LA MÉNOPAUSE : AU MOINS SEPT ANS

RAPPEL SUR L'AUDIT MÉDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants (1, 2).

Deux étapes se succèdent:

-La préparation :

Un groupe de médecins choisit un thème de travail (ici : la durée du traitement hormonal substitutif), recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.

-La réalisation:

Le recueil des données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation: la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Si non, quel est l'écart entre les données recueillies et les objectifs souhaités ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques

Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

ARGUMENTAIRE

Position du Problème :

Le bénéfice le mieux étudié du traitement hormonal substitutif est la prévention de l'ostéoporose. Cette dernière se définit comme une fragilisation de la matrice osseuse par une réduction de sa quantité et a pour traduction clinique pathologique la fracture. Ces fractures (en particulier extrémité supérieure du fémur, tassements vertébraux, poignet constituent un facteur important de morbidité du sujet âgé. (3) La compilation d'enquêtes françaises sur les fractures du col du fémur (5, 6, 7, 8), entre 1980 et 1990 montre une incidence annuelle de 170 cas/ 100 000 pour les femmes ; ces fractures (dont l'âge moyen pour les femmes est 81 ans) sont un très bon reflet de la morbidité ostéoporotique.

Bénéfice du traitement hormonal substitutif (THS)

Le premier bénéfice perçu par la patiente est l'amélioration de la qualité de vie par suppression des symptômes de la carence oestrogénique (25, 26). Les oestrogènes sont actuellement reconnus comme étant une thérapeutique à la fois préventive et curative de l'ostéoporose (3, 9). Ils permettent de prévenir le risque de survenue de fracture de la hanche et de tassements vertébraux (10) et diminuent également le risque de nouvelles fractures en cas d'ostéoporose (11, 12) : diminution de 50 % du nombre de fractures liées à l'ostéoporose chez les femmes ayant un traitement oestrogénique. D'autres bénéfices sont rapportés au THS: diminution de 30 à 50 % du risque de cancer du colon, diminution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies cardio-vasculaires (13, 3), mais toutes les études ne sont pas concordantes (4).

Durée du traitement hormonal substitutif et prévention du risque fracturaire .

Felson et coll. (15) ont souligné la nécessité de poursuivre le traitement pendant 7 à 9 ans pour que l'effet sur la densité osseuse soit significatif tant au niveau du col du fémur que du rachis . Pour tous les autres sites fracturaires étudiés, la durée du traitement devait être de plus de 10 ans. En effet pour les femmes de moins de 75 ans ayant reçu un THS pendant plus de 7 ans , la densité minérale osseuse (DMO en g/cm²) était en moyenne supérieure de 11,2 % à celle des femmes n'ayant jamais été traitées. Par contre, chez les femmes de plus de 75 ans, le bénéfice de la durée est moins net (DMO supérieure seulement de 3,2 % pour un traitement de plus de sept ans). La diminution du risque de fracture chez 1 a femme de plus 75 ans est plus nette lorsque le traitement a été commencé dans les 5 ans qui suivent la ménopause et est poursuivi, ce qui est en faveur d'une durée prolongée du THS (16).

Le bénéfice de l'hormonothérapie décroît rapidement dans les années suivant son arrêt. Une femme ayant débuté son THS dès la ménopause et l'ayant suivi 7 à 10 ans soit jusqu' à 60 ans environ, ne sera plus protégée après 75 ans, âge où le risque fracturaire est maximal (23), à moins de prolonger le THS au delà de 10 ans.

Armamento-Villaréal et Civitelli 1995 (17) démontrent l'utilité du traitement hormonal substitutif même s'il est prescrit tardivement après la ménopause chez la femme âgée.

Risques du THS ?

(4) . L'absence de majoration du risque cardio-vasculaire en particulier coronarien a pu être établie

(3). La majoration du risque de cancer de l'endomètre est supprimée par l'association de progestatif

La majoration du risque de cancer du sein ne devient significative qu'après une durée prolongée de THS dans la majorité des études (18), au delà de cinq (19) à dix (20) voir quinze ans (21) de prise. Dans tous les cas , ce risque relatif reste faible inférieur à 2 . Les cancers du sein survenant sous THS semblent de meilleur pronostic (22). Le risque diminuerait rapidement après l'arrêt du THS (2 ans) .

Le risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire est majoré (4) sous THS et les accidents thrombo-emboliques (artériel ou veineux) en évolution contre-indiquent, au moins temporairement, le THS (24)

Justification de l'Audit :

Ainsi, le traitement hormonal substitutif améliore la qualité de vie des patientes et joue un rôle primordial dans la prévention et le traitement de l'ostéoporose. Son efficacité est directement corrélée à sa durée . Une étude récente (26) a montré une durée moyenne de 9 ans de suivi du traitement hormonal substitutif en France par les femmes âgées de 60 à 64 ans, mais d' autres études (différentes par les méthodes et les populations étudiées) donnent des estimations d'observance beaucoup moins importantes (jusqu'à moins de 8 % poursuivant le traitement au bout de 2 années) (26, 27). L'observance du THS est essentielle pour que les objectifs de santé publique soient atteints . Maintenir ou atteindre une durée suffisante de traitement hormonal substitutif chez les femmes ménopausées justifie cet AUDIT. Le rôle d'information et de suivi par le médecin est essentiel à ce niveau, imposant une bonne synergie entre spécialistes et généralistes. (3)

Cette durée de sept ans est un compromis entre la durée minimale entraînant un bénéfice sur la maladie ostéoporotique et celle à partir de laquelle apparaîtrait une majoration du risque carcinologique mammaire (3).

Remerciements: au Dr H. ROZENBAUM, Président de l'A.F.E.M.(Association Française pour l' Etude de la Ménopause), qui a bien voulu valider cet argumentaire .

Bibliographie :

- (1) Medical audit in general practice. JR. Coll Gen Pract 1982; 20:1-21 .
- (2) Evaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire - L'audit médical. ANAES service médecine libérale; mars 1993.
- (3) Ostéoporose . Stratégies de prévention et de traitement. Expertise Collective INSERM . Les Edit. SERM ; 1996: 77-94 ; 169-190.
- (4) LA REVUE PRESCRIRE.Traitement hormonal de la ménopause et risque cardio-vasculaire. LRP janvier 1999 ; 19, n° 191 : 57-58.
- (5) TIRET L., HATTON F, MAUJOL L. L'activité chirurgicale en France. Une enquête prospective nationale (1978-1982). Brochure INSERM U164 ; 1985: 317-377.
- (6) GARROS B, BRICE L, TIRET L, NICAUD U. Les accidents et intoxications graves en Aquitaine en 1986 Les accidents domestiques. ORSA-INSERM, juin 1989, rapport interne -
- (7) BAUDOIN C, FARDELLONE P, POTARD V, SEBERT JL. Fractures of the proximal femur in Picardy, France, in 1987. Osteoporosis Int.1993 ; 1 :43-49.
- (8) RIBOT C, MIRAVET L, CHAUMET-RIFFAUD P. Données épidémiologiques des fractures du col du fémur en France : résultats préliminaires de l'étude MEDOS . In Simon L, Vidal J, Hérisson Ch, Sebert JL, Marcelli C Edit. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Masson Paris. 1990 ; 20: 221-227.
- (9) CHRISTIANSEN C, CHRISTIANSEN MS, TRAMBOLI J. Bone mass in post ménopausal woman after withdrawal of oestrogen gestagen replacement therapy. Lancet 1981 ; 1 : 459-461 .
- (10) ETTINGER B. An update for the obstetrician-gynecologist on advances in the diagnosis, prévention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Curr Op Obstet Gynecol. 1993 ; 5 : 396-403
- (11) LUFKIN EG, WAHNER HW, O'FALLON M, HODGSON SF, KOTOWICZ MA, LANE A W, JUDD HL, CAPLAN RH, RIGGS BL.. Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal oestrogen. Ann..Intern.. Med. 1992,177 :1-9.
- (12) SPECTOR TD, BRENNAN P, HARRIS PA, STUDD JWW, SILMAN AJ. Do current regims of hormone replacement therapy protect against subséquent fractures .Osteoporosis Int. 1992, 2 : 219-224.
- (13) ESPIE M., ELIA D, RINOVA V, ROZENBAUM H, TAMBORINI A. Conférence de Presse de l'Association Française de l' Etude de la Ménopause (AFEM) à Paris le 17/02/2000.
- (14) REGINSTER JY, SARLET N, DEROISY R, ALBERT A, GASPARD U, FRANCHIMONT P. Minimal levels of serum estradiol prevent post ménopausal bone loss . Calcif Tissue Int 1992, 51 :340-343.
- (15) FELSON DT, ZHANG Y, HANAN MT, KIEL DP, WILSON PWF, ANDERSON JJ. The effect of menopausal estrogen therapy on bone density in elderly woman . N Engl J Med 1993 ; 329 : 1141-1146.
- (16) CAULEY JA, SEELEY DG, ENSRUD K, ETTINGER B, BLACK D, LUMMINGS SR. The study of Osteoporotic Fractures Research Group. Estrogen replacement therapy and fractures in older women . Ann Intern Med 1995; 122 : 9-16.
- (17) ARMAMENTO VILLAREAL R, CIVITELLI R. Estrogen action on the bone mass of postmenopausal woman in dépendant on body mass and initial bone density.J Clin Endocrinol Metab 1995; 80 :776-782.
- (18) NOEL G, FEUVRET L, GASOWSKI M, BERNARD A, LAPPELAIRE P. Traitement hormonal substitutif de la ménopause et cancer du sein.. BuIl Cancer 1998; 85 (12): 997-1014.
- (19) SILLERO-ARENAS M, DELGADO-RODRIGEZ M, RODRIGEZ-CANTERAS R, BUENO-CAVANILLAS A, GALUEZ-VARGAS R. Menopausal Hormone replacement and breast cancer : a meta-analysis. Obstet Gynecol 1992 ; 79: 286-94.
- (20) GOLDITZ GA, EGAN KM, STAMPFER MJ. Hormone replacement therapy and risk of breast cancer: results from epidemiologic studies.Am J Obstet Gynecol 1993,168:1473-80.
- (21) Anonymous . Breast cancer and hormone replacement therapy : collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women wftth breast cancer and 108411 women without breast cancer. Collaborative Group of Hormonal Factors in Breast Cancer . Lancet 1997 ; 350: 1047-1059.
- (22) RALOGH A, BETTEMBUCK P. Hormone replacement therapy and prévention of osteoporosis risk assesment an practical advise. Eur J Obstet Gynecol 1997, 71 :189-91
- (23) LA REVUE PRESCRIRE. Prévention des fractures de la femmes âgée. LRP avril 1998 ; 18, no 183: 291-297.
- (24) VIDAL 2000 .Le Dictionnaire . Editions du Vidal .
- (25) ROZENBAUM H. Consommation médicamenteuse chez les femmes de 38 à 58 ans avec et sans hormonothérapie substitutive . Une enquête AFEM-SOFRES-Rhone-Poulenc-Rorer . Reprod..Hum. Horm.1998, 11 : 349-52 .
- (26) ROZENBAUM H. Comment la « génération 68 » aborde-t'elle la ménopause ? Reprod. Hum. Horm. 1999, 12 : 389-397 .
- (27) ROZENBERG S., BARUDY VASQUEZ J., KROLL B., VANDROMME J HRT compliance. Menopause Review 1998, III : 17-24 .