



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

politique de la santé

Question écrite n° 19250

Texte de la question

M. Jean-Marc Roubaud attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur le risque accru de cancer pour les femmes arrêtant le traitement de l'œstrogène et un progestatif qu'elles suivaient après la ménopause. Selon une première étude étendue conduite aux États-Unis, le plus grand risque cardiovasculaire lié à ces hormones chez les femmes ménopausées disparaissent apparemment après l'arrêt de ce traitement. L'analyse des données indique que les femmes ayant arrêté de prendre de l'œstrogène avec un progestatif avaient un risque 24 % plus élevé de développer toute forme de cancer que celles traitées avec des placebos au lieu d'hormones pendant une période de 2 à 3 ans après l'arrêt du traitement hormonal. D'autres analyses ont également révélé un plus grand danger de maladie cardio-vasculaire, d'attaque cérébrale et d'embolie ainsi qu'un risque moindre de fracture osseuse et de cancer colorectal chez les femmes suivant cette thérapie hormonale. Alors que le risque cardiovasculaire a disparu après une certaine période ayant suivi le traitement hormonal, l'accroissement des chances de développer d'autres cancers surtout du poumon chez les femmes qui ont pris ces hormones pendant cinq ans a surpris les médecins et les chercheurs. En conséquence, il lui demande de lui faire connaître son sentiment à ce sujet.

Texte de la réponse

La ménopause concerne, en France, dix millions de femmes et 300 000 à 500 000 nouvelles femmes chaque année. Une enquête réalisée en décembre 2003 par la Sofres pour l'Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation en santé (Anaes), dont les résultats ont été publiés en avril 2004, a relevé qu'un quart des femmes ménopausées âgées de quarante-cinq à soixante-dix ans prenaient un traitement hormonal (THM). L'effet des THM sur la survenue du cancer du sein a été largement étudié, notamment par les études WHI (USA) et MWS (Royaume-Uni). Ces études ont montré que les traitements oestroprogestatifs de la ménopause entraînaient une augmentation du risque de survenue du cancer du sein. Au vu de l'ensemble des données cliniques et épidémiologiques disponibles, un groupe d'experts réuni par l'Afssaps a émis, en décembre 2003, des conclusions sur le bénéfice et le risque de ces traitements, à l'intention notamment des professionnels de santé et des patientes. Une audition publique s'est tenue en avril 2004 en collaboration avec l'Anaes et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), à l'issue de laquelle un rapport d'orientation, précisant les recommandations, a été présenté aux professionnels et aux patientes. Il est important de noter que ce rapport, à condition que les THM soient utilisés selon les recommandations en vigueur, suggère que la progestérone naturelle, contrairement aux progestatifs de synthèse impliqués dans les études précitées, ne serait pas associée à un sur-risque de cancer du sein, tout au moins dans les premières années du traitement. Au vu de ces éléments, l'Afssaps a, dans un premier temps, actualisé en décembre 2004 les recommandations de bonne pratique sur le traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Puis, en juillet 2006, elle a mis à jour ses recommandations sur le THM afin d'y intégrer les nouvelles études et compléments d'études publiés depuis décembre 2003. Enfin, le groupe de travail sur les études relatives aux THM s'est à nouveau réuni en janvier 2008 afin d'évaluer l'ensemble des nouvelles données disponibles depuis juin 2006. Leur analyse n'a pas conduit à modifier les recommandations précédemment émises. L'étude « THM » du

Journal of the American Medical Association (JAMA) du 5 mars 2008, dans laquelle 15 730 femmes, précédemment incluses dans l'étude WHI, ont été suivies pendant deux à quatre ans après l'arrêt d'un THM, a également été analysée. Les principaux résultats de cette étude, qui mériteraient d'être confirmés, ne justifient en rien de modifier les recommandations émises en 2006. Ainsi, chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la ménopause, un THM peut être instauré si la patiente le souhaite, à la dose minimale efficace pour la durée la plus courte possible, dans le respect des précautions d'emploi et des contre-indications. L'augmentation du risque de cancer lié au THM est donc bien identifiée et prise en compte, d'une part dans l'évaluation du rapport bénéfice/risque de ces traitements, d'autre part dans l'établissement de recommandations de bon usage, qui visent à le limiter considérablement. Ce bon usage implique notamment que le médecin informe très précisément la patiente des bénéfices et des risques inhérents au traitement qu'il lui prescrit. De plus, il est rappelé que toutes les femmes traitées par un THM doivent bénéficier d'une réévaluation régulière de leur traitement, au moins une fois par an. Les nombreux travaux publiés sur ce sujet sont très régulièrement analysés par l'Afssaps qui, s'ils apportent des éléments nouveaux, fera évoluer en conséquence les recommandations faites aux médecins et aux patientes.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Marc Roubaud](#)

Circonscription : Gard (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 19250

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 18 mars 2008, page 2231

Réponse publiée le : 26 août 2008, page 7448