

THM et risque cardiovasculaire

Genevieve Plu-Bureau¹, Claire Mounier-Vehier²

1: Unité de Gynécologie médicale, Hôpital Port-Royal et Université de Paris, Paris

2: Unité de Médecine vasculaire et HTA, Institut Cœur-Poumon, CHU Lille

RPC Les Femmes Ménopausées
Paris Santé Femmes 2021

THM et risque cardiovasculaire

- Stratification du risque cardio-vasculaire
- Evaluation de l'impact vasculaire du THM
 - Sur le risque coronarien (durée du THM)
 - Impact de la fenêtre d'intervention
 - Impact de la voie d'administration sur le risque d'AVC ischémique
- Proposition d'algorithme

Stratification du risque vasculaire

Facteurs de risque

Niveau de risque cardiovasculaire	Facteur de risque
Elevé à très élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie coronaire ou cérébro-vasculaire - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ou anévrisme de l'aorte abdominale - Insuffisance rénale modérée ou sévère; ou microalbuminurie (>30mg/g) - Diabète compliqué
Faible à modéré	<ul style="list-style-type: none"> - HTA traitée contrôlée non compliquée et sans autre facteur de risque associé - Hygiène de vie optimale ?

Lors d'une consultation de ménopause, il est recommandé d'évaluer de manière individuelle le risque cardio-vasculaire (grade A).

Il est recommandé de ne pas prescrire un traitement hormonal de la ménopause après un infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral ischémique (grade B).

Facteurs de Risque nécessitant un bilan

Niveau de risque cardiovasculaire	Facteur de risque
Intermédiaire ≥ 2 FRCV majeurs	<p>Facteurs de risques classiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme actif ou arrêté < 3 ans - HTA traitée non contrôlée - Diabète traité sans complication - Dyslipidémie traitée ou non - Antécédent familial de maladie cardio-vasculaire au premier degré <55 ans chez l'homme et < 65 ans chez la femme - Obésité abdominale circonférence abdominale (CA) ≥ 88 cm <p>Facteurs ou situations à risques émergents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidique, pré-éclampsie, HELLP syndrome) ; de diabète gestationnel. - Sédentarité - Stress chronique - Vulnérabilité sociale - Syndrome métabolique - Maladie systémique auto-immune ou maladie inflammatoire chronique - Fibrillation auriculaire - Athérosclérose infra-clinique - Adaptation cardio-vasculaire faible à l'effort

Durée du THM et risque coronarien

Durée de traitement (an)	Etude HERS	Etude WHI-I
1	1.52 (1.01-2.29)	1.78 (1.07-2.95)
2	1.00 (0.67-1.49)	1.15 (0.71-1.86)
3	0.87 (0.55-1.37)	1.06 (0.56-2.01)
4	0.67 (0.43-1.04)	0.99 (0.57-1.74)
5		2.38 (1.10-5.15)
6		0.78 (0.40-1.51)

En l'état actuel des connaissances, il n'est pas recommandé de débuter un traitement hormonal de ménopause pour la seule raison de la prévention du risque coronarien (grade B).

Impact de la fenêtre d'administration

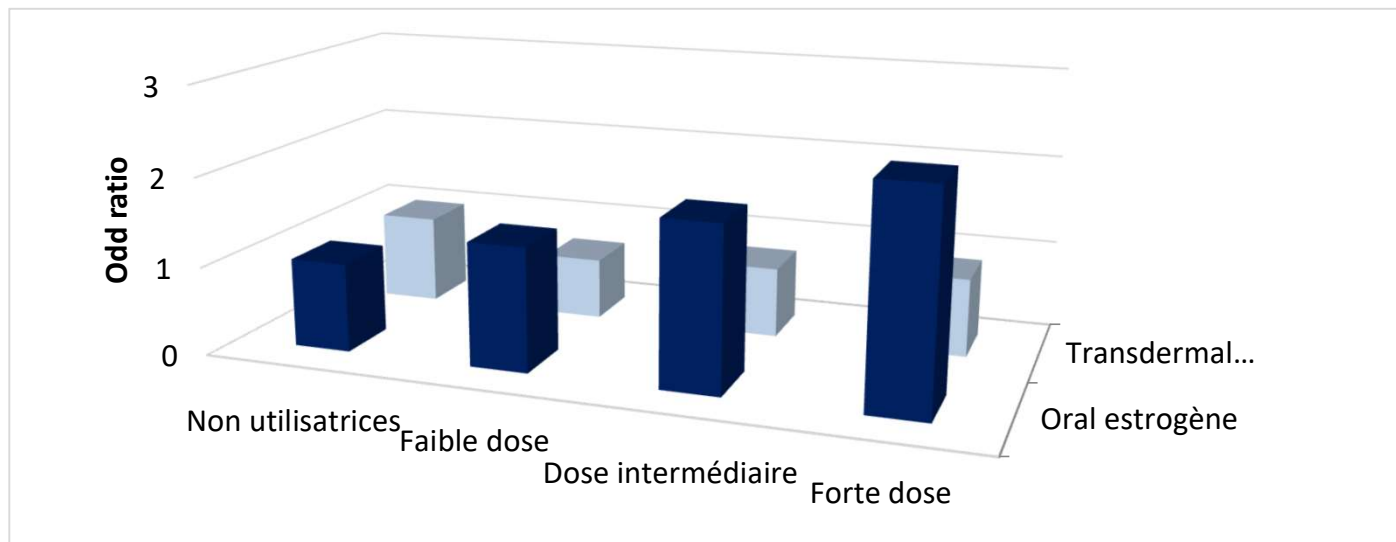
Résultats des
méta-analyses

Evènements	Fenêtre d'intervention	Nb d'essais	OR poolé (IC à 95%)
Mortalité toutes causes	< 10 ans	5	0.70 (0.52 – 0.95)
	> 10 ans	10	1.06 (0.95 – 1.18)
Maladies coronariennes fatales et non fatales	< 10 ans	4	0.52 (0.29 – 0.96)
	> 10 ans	12	1.07 (0.96 – 1.20)
AVC	< 10 ans	5	1.37 (0.80 – 2.34)
	> 10 ans	10	1.21 (1.06 – 1.38)

Le risque d'IDM n'est pas augmenté (NP1) et apparaît significativement diminué lorsque le THM est utilisé moins de 10 ans après la ménopause (NP2) ou avant l'âge de 60 ans (NP3). A distance de la ménopause, il existe une augmentation du risque d'IDM associé à l'initiation du THM (NP1).

THM et accident vasculaire cérébral ischémique

Etude cohorte (cas – témoins emboîtée) données SNIRAM 2009-2011 (n= 5 532 341)
 - 3144 AVC ischémiques (1^{er}) hospitalisés versus 12 158 femmes témoins , âge 51-62



Pour limiter le risque d'accident vasculaire cérébral ischémique attribuable au traitement hormonal de ménopause par voie orale, il est recommandé de privilégier l'association d'estradiol par voie cutanée et de progestérone (grade B)

Proposition Algorithme - prescription THM et risque cardiovasculaire*

