

- obtenir du soutien et un traitement pour ses problèmes de santé coexistants (co-infections, diabète, dépression, etc.)
- augmenter ses contacts sociaux en se joignant à un club ou groupe social
- améliorer ses capacités de maîtrise du stress par le biais d'activités comme l'exercice régulier, le yoga, la méditation et d'autres
- participer à des activités qui stimulent la pensée

Il reste beaucoup de travail à faire en ce qui concerne la santé des femmes en général et celle des femmes séropositives en particulier, notamment pour mieux comprendre leurs besoins sociaux et leurs besoins en soins et en traitements à mesure qu'elles vieillissent.

#### RÉFÉRENCES :

1. de Pommerol M, Hessamfar M, Lawson-Ayayi S, et al. Menopause and HIV infection: age at onset and associated factors, ANRS CO3 Aquitaine cohort. *International Journal of STD & AIDS*. 2011 Feb;22(2):67-72.
2. Fan MD, Maslow BS, Santoro N, et al. HIV and the menopause. *Menopause International*. 2008 Dec;14(4):163-8.
3. Johnson TM, Cohen HW, Howard AA, et al. Attribution of menopause symptoms in human immunodeficiency virus-infected or at-risk drug-using women. *Menopause*. 2008 May-Jun;15(3):551-7.

## F. Ménopause et risques et bienfaits de l'hormonothérapie

À mesure que les femmes vieillissent, leur corps subit des changements complexes qui influent sur plusieurs aspects de leur santé. La ménopause, qui survient en raison d'altérations dans les taux hormonaux, fait partie de ces changements.

Les ovaires produisent de l'estrogène, de l'estradiol et de l'estrone. Ces organes commencent à rapetisser vers l'âge de 35 ans. En moyenne, à l'âge de 50 ans, la production d'estrogène a diminué considérablement, alors que la production des hormones HL et FSH est à la hausse. À mesure que la ménopause approche, les changements dans les taux d'hormones peuvent provoquer les symptômes suivants :

- bouffées de chaleur
- sueurs nocturnes
- menstruations irrégulières avec changements dans les saignements
- sécheresse vaginale

Certaines femmes signalent aussi les symptômes suivants lors de la transition vers la ménopause :

- sautes d'humeur
- dépression
- difficulté à se concentrer
- problèmes de mémoire
- dysfonction sexuelle

L'intensité et la durée de ces symptômes associés au début de la ménopause peuvent varier considérablement.

## Hormonothérapie

L'ossature est l'un des éléments cruciaux du corps qui est affecté par le déclin du taux d'estrogène. Les taux relativement élevés d'estrogène qui sont présents durant l'adolescence et au début de l'âge adulte entravent la capacité du corps à dégrader les os.

Il est de première importance que les femmes discutent des risques et bienfaits de l'hormonothérapie avec un médecin parce que des essais cliniques bien conçus ont permis de constater quelques effets défavorables de l'hormonothérapie chez des femmes séronégatives. Par exemple, les données d'essais cliniques randomisés d'envergure indiquent que les suppléments d'estrogène peuvent aider à soulager certains symptômes de la ménopause; toutefois, certains médecins avancent que les antidépresseurs, la vitamine E ou une alimentation riche en produits à base de soya pourraient également soulager des symptômes sans provoquer les risques associés à la thérapie à l'estrogène.

Dans ce rapport, nous explorons les données d'essais cliniques ayant évalué l'hormonothérapie substitutive chez des femmes séronégatives. Malheureusement, il n'y a pas de données d'essais cliniques semblables menés auprès de femmes séropositives. Il est cependant probable que les risques et les bienfaits de l'hormonothérapie pour les femmes séronégatives s'appliquent aussi aux femmes vivant avec le VIH.

## Estrogène et densité minérale osseuse

Des essais cliniques ont permis de constater que l'estrogène pouvait accroître rapidement et considérablement la densité minérale osseuse de la hanche et de la colonne vertébrale. Ces augmentations se maintiennent tant que l'hormonothérapie se poursuit. Durant

cette période, le taux de fractures diminue considérablement.

Outre l'estrogène, une option de traitement réside dans une classe de médicaments appelés bisphosphonates. En voici quelques exemples :

- alendronate (Fosamax, Fosavance)
- risédronate (Actonel)
- acide zolédronique (Aclasta, Zometa)

Tous ces médicaments peuvent accroître la densité minérale osseuse et réduire considérablement le risque de fractures. L'action des bisphosphonates consiste à perturber la capacité du corps à dégrader les os.

On peut aussi avoir recours à l'hormone parathyroïde (tériparatide), car ce produit augmente également la densité minérale osseuse. Contrairement à d'autres médicaments, cette hormone doit être injectée tous les jours pour stimuler la croissance de nouveaux os. Ce médicament doit être utilisé avec prudence et pour une courte période seulement à cause de la possibilité d'un risque accru de cancer. Lorsqu'une personne cesse d'utiliser le tériparatide, sa densité minérale osseuse se met rapidement à baisser.

De façon générale, ni les bisphosphonates ni l'hormone parathyroïde synthétique ne nuisent aux seins ou au tractus génital.

### **Risques associés à l'estrogène – cancer de l'endomètre**

Des analyses d'études par observation ont révélé que le risque de cancer de l'endomètre triplait lorsqu'on avait recours à une hormonothérapie à base d'estrogène à court ou à moyen terme (entre un et cinq ans). Le risque de cancer augmentait considérablement (environ 10 fois) lorsque l'estrogène était utilisé pendant 10 ans ou plus. L'utilisation d'une faible dose de l'hormone progestérone avec l'estrogène permet de réduire largement le risque de ce cancer.

### **Risques associés à l'estrogène – cancer du sein**

On a constaté une augmentation du risque de cancer du sein lors d'études par observation sur l'estrogénothérapie; plus le traitement durait, plus le risque augmentait. Chez les femmes qui prenaient de l'estrogène pendant moins de cinq

ans, le risque de cancer était très faible. Toutefois, chez les femmes qui en utilisaient pendant cinq ans ou plus, le risque augmentait de 35 %.

Contrairement à son effet sur le risque de cancer de l'endomètre, l'ajout d'une progestine à l'estrogène semblait accroître le risque de cancer du sein.

### **Risques associés à l'estrogène – coagulation sanguine excessive**

La capacité que possède le sang de se coaguler est cruciale, car elle aide à prévenir la perte de ce liquide vital. Toutefois, la présence de caillots sanguins inutiles peut bloquer le flux sanguin et causer des complications graves comme l'AVC et la crise cardiaque. Le risque de ces problèmes triplerait chez les personnes recevant de l'estrogène.

### **Estrogène et maladies cardiovasculaires**

Les résultats d'études par observation menées dans les années 80 et 90 laissent croire que l'estrogénothérapie aide à réduire les risques de maladies cardiovasculaires. Il faut toutefois souligner que les conclusions d'études par observation peuvent être faussées par des facteurs dont on ne tient pas compte lors de l'analyse des données. En effet, des essais cliniques rigoureusement conçus ont permis de constater que les suppléments d'estrogène ne réduisaient pas considérablement les risques d'AVC et de crise cardiaque pour les femmes souffrant déjà de maladies cardiovasculaires préexistantes. Lors d'un essai sur la combinaison estrogène-progestine, le risque d'AVC et de crise cardiaque a augmenté de 50 % au cours des cinq premières années de l'étude. D'autres essais cliniques bien conçus ont également permis de constater une augmentation des risques de ces complications associée à l'estrogène-progestine, soit une hausse de 24 % du risque de coronaropathie et une hausse de 31 % du risque d'AVC, comparativement au placebo.

Certains chercheurs sont d'avis que les femmes présentant des risques minimes de maladies cardiovasculaires pourraient profiter d'une hormonothérapie durant la première phase de la ménopause, mais il faut des données pour soutenir cette hypothèse.

En analysant à nouveau les données de plusieurs essais cliniques sur l'hormonothérapie, on constate que l'augmentation des risques de maladies cardiovasculaires pourrait être partiellement

attribuable à l'âge relativement élevé des femmes et à la présence de facteurs de risque préexistants. Parmi les femmes âgées de 50 à 59 ans, l'estrogène semblait réduire le risque de coronaropathie. Pourtant, de façon générale, les différences de risques entre les groupes d'âge n'étaient pas significatives sur le plan statistique.

Les chercheurs ne savent pas avec certitude si des doses et des formulations différentes de l'hormonothérapie donneraient lieu à des risques cardiovasculaires différents.

### Autres affections

Des données limitées portent à croire que l'hormonothérapie augmente le risque de cancers de l'ovaire et du poumon, mais elle semble réduire le risque de diabète de type 2.

### Que se passe-t-il lorsque l'hormonothérapie prend fin?

Lors des essais cliniques, les risques élevés de crise cardiaque, d'AVC et de coagulation excessive associés à l'estrogène-progestine ont disparu deux ans après l'interruption de la thérapie. Les bienfaits de l'hormonothérapie — suppression des bouffées de chaleur et augmentation de la densité minérale osseuse — ont aussi disparu.

Le risque de cancer du sein était légèrement élevé, et il y avait des indices d'une augmentation des risques de cancer du poumon (et d'autres cancers) et de mortalité.

### Points à retenir

Des experts chevronnés en matière d'hormones émettent l'avertissement suivant : « La prévention primaire des maladies cardiaques ne devrait pas être perçue comme un bienfait escompté de l'hormonothérapie ». Ils ajoutent aussi qu'« une augmentation du taux d'AVC et une faible augmentation précoce du taux de coronaropathie devraient être prises en compte [comme effets indésirables possibles de l'hormonothérapie] ».

À la lumière de toutes ces possibilités, il est clair qu'il faut toujours réfléchir et discuter exhaustivement des risques et bienfaits de l'hormonothérapie avec ses professionnels de la santé.

### RÉFÉRENCE :

Manson JE, Bassuk SS. Chapter 348. The Menopause Transition and Postmenopausal Hormone Therapy. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

### G. Taux plus élevés de pertes osseuses après la ménopause chez des femmes séropositives

La majorité de la recherche sur les changements dans la densité minérale osseuse des femmes séropositives a été menée auprès de femmes n'ayant pas encore atteint la ménopause. À cause des changements hormonaux qui surviennent lors de la ménopause, les femmes qui arrivent à cette phase de leur vie courent des risques plus élevés d'amincissement osseux.

Une équipe de recherche du Columbia University Medical Center de New York a étudié la densité osseuse de femmes séronégatives et séropositives dont la ménopause avait commencé. En moyenne, le taux annuel d'amincissement osseux était deux fois plus élevé chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives. Les diminutions de la densité minérale osseuse de cette ampleur exposent les femmes séropositives à un risque accru d'ostéopénie, d'ostéoporose et de fractures à mesure qu'elles vieillissent.

### Détails de l'étude

Les chercheurs ont fait état des résultats obtenus auprès de 55 femmes séronégatives et 73 femmes séropositives qu'ils décrivaient comme « postménopausées ». Les femmes n'avaient plus de règles et leur taux d'estrogène était relativement faible. Aucune des femmes ne suivait d'hormonothérapie et aucune d'entre elles n'avait d'antécédents de densité osseuse réduite avant de s'inscrire à l'étude. Notre rapport s'intéresse surtout aux femmes séropositives.

Le profil moyen des femmes séropositives était le suivant au moment de leur admission à l'étude :

- âge – 56 ans
- temps écoulé depuis le début de la ménopause – 10 ans
- durée de la séropositivité – 9 ans
- diagnostic antérieur de sida – 47 %