



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

AVIS

28 mars 2007

Examen du dossier de la spécialité inscrite pour une durée de 5 ans à compter du 9 septembre 2001 par arrêté du 8 août 2001 (JO du 18 août 2001)

CLIMARA 50 µg/24 heures, dispositif transdermique
Boîte de 4 (CIP : 345 656-8)

Laboratoires SCHERRING SA

estradiol hémihydraté

Code ATC : G03CA03

Liste II

Date des AMM : 17/12/1997

Dernier rectificatif: 09/12/2003

Motif de la demande : renouvellement de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.

1 CARACTERISTIQUES DU MEDICAMENT

1.1. Principes actifs

Estradiol hémihydraté

1.2. Indications

- Correction des carences estrogéniques et des symptômes de déficit en estrogènes notamment liés à la ménopause naturelle ou artificielle : troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes), troubles trophiques génito-urinaires (atrophie vulvo-vaginale, dyspareunie, incontinence urinaire), et troubles psychiques (troubles du sommeil, asthénie...) ;
- Prévention de la perte osseuse post-ménopausique chez les femmes ayant un risque accru de fracture ostéoporotique et présentant une intolérance ou une contre-indication aux autres traitements indiqués dans la prévention de l'ostéoporose.

1.3. Posologie et mode d'administration

L'application du dispositif est à renouveler tous les 7 jours.

Le traitement commence en général avec Climara 50 µg/24 h.

En fonction de l'évolution clinique, la posologie peut être adaptée aux besoins individuels : si la dose n'a pas corrigé les symptômes de déficit estrogénique, il faut l'augmenter.

L'apparition d'une sensation de tension des seins, d'une irritabilité indique en général que la dose est trop élevée.

Le traitement de la prévention de la perte osseuse post-ménopausique doit être défini en fonction de la tolérance individuelle et des résultats attendus sur la masse osseuse. Le nombre de femmes chez qui la prévention est efficace, c'est-à-dire dont la densité ne diminue pas sous traitement, est variable selon la dose (cf Principales Propriétés Pharmacodynamiques).

Climara 50 µg/24 h peut être utilisé selon le schéma thérapeutique :

- o discontinu (de façon cyclique), pendant 21 à 28 jours, suivis d'un intervalle libre de tout traitement de 2 à 7 jours. Durant cet intervalle, des hémorragies de privation peuvent apparaître ;
- o continu, sans aucune période d'arrêt du traitement.
Un traitement continu, non cyclique, peut être indiqué dans le cas où les symptômes de déficit estrogénique se manifestent à nouveau fortement au cours de l'intervalle libre.

Chez les femmes non hystérectomisées, un progestatif doit être ajouté au moins 12 jours par cycle pour s'opposer au développement d'une hyperplasie de l'endomètre induite par l'estrogène.

Le traitement séquentiel par des progestatifs doit se faire selon le schéma suivant :

- o si Climara 50 µg/24 h est administré de façon discontinue, le progestatif sera administré durant au moins les 12 derniers jours du traitement par l'estradiol. Ainsi, il n'y aura aucune administration hormonale pendant l'intervalle libre de chaque cycle ;
- o si Climara 50 µg/24 h est administré de façon continue, il est recommandé de prendre le progestatif au moins 12 jours chaque mois.

Dans les deux cas, des saignements peuvent apparaître après l'arrêt du traitement par le progestatif.

Mode d'administration :

Une fois le feuillet de protection détaché, Climara 50 µg/24 h doit immédiatement être appliqué sur les fesses ou l'abdomen, à un endroit ne présentant pas de plis importants et qui ne soit pas le siège de frottements vestimentaires.

La peau doit être sèche, ne doit pas être irritée ou traitée par des produits huileux ou gras. Climara 50 µg/24 h ne doit pas être appliqué sur les seins. Il est recommandé de ne pas l'appliquer 2 fois de suite au même endroit. Il est possible de se doucher ou de prendre un bain tout en gardant le dispositif transdermique.

Dans l'éventualité rare d'un décollement du dispositif (eau très chaude, hypersudation, frottement anormal de vêtements), utiliser un dispositif neuf qui sera retiré à la date initialement prévue. Reprendre ensuite le rythme de changement du dispositif conformément au schéma thérapeutique initial.

2 RAPPEL DES AVIS DE LA COMMISSION ET DES CONDITIONS D'INSCRIPTION

Avis de la Commission du 22 avril 1998 - Inscription

Compte-tenu de son rythme d'administration hebdomadaire, CLIMARA apporte une amélioration du service médical rendu mineure, de niveau IV, en terme d'observance par rapport aux médicaments de la classe pharmaco-thérapeutique de référence.

Avis favorable à l'inscription de cette spécialité sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des produits agréés aux collectivités et divers services publics dans toutes les indications et posologies de l'AMM.

Avis de la commission du 4 avril 2001 - Renouvellement

Le rapport efficacité / effets indésirables de cette spécialité est important chez les femmes hystérectomisées ou non hystérectomisées, pour ces dernières il est nécessaire d'associer un progestatif. Cette spécialité est un médicament de première intention.

Le niveau de service médical rendu par CLIMARA 50 µg / 24 h, dispositif transdermique est important.

3 MEDICAMENTS COMPARABLES

3.1. Classement ATC

G : Système génito-urinaire et hormones sexuelles
G03 : Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale
G03C : Estrogènes
G03CA : Estrogènes naturels et hémisynthétiques non associés
G03CA 03 : Estradiol

3.2. Médicaments de même classe pharmaco-thérapeutique

Ce sont les dispositifs transdermiques et les gels à base d'estrogènes:

- Estradiol hémihydraté :

DELIDOSE 0,5 mg/0,5g et 1 mg/1g

Application du dispositif 1 fois par semaine :

DERMESTRIL SEPT 25, 50 et 75 µg / 24 heures

ESTRAPATCH 40, 60, 80 µg / 24 h

FEMSEPT 50, 75 et 100 µg / 24 h

THAIS SEPT 25, 50 et 75 µg / 24 h

Application du dispositif 2 fois par semaine :

ESTRADIOL G Gam 37,5, 50, 75 et 100 µg / 24 h

EVAFILM 50 et 100 µg / 24

MENOREST 25, 37,5, 50, 75 et 100 µg / 24 h

OESCLIM 25, 37,5, 50 et 75 µg / 24 h

- Estradiol :

OESTRODOSE 0,06 %

OSTROGEL 0,06 %

ESTREVA GEL 0,01 %

Application du dispositif 2 fois par semaine :

DERMESTRIL 25, 50 et 100 µg/24 h

ESTRADERM TTS 25, 50 et 100 µg/24 h

ESTRADIOL NOVARTIS 37,5, 50*, 75* et 100* µg / 24 h

THAIS 25, 50 et 100 µg / 24 h

VIVELLEDOT 37,5, 50*, 75* et 100* µg / 24 h

* spécialités ayant une indication dans la prévention de l'ostéoporose.

3.3. Médicaments à même visée thérapeutique

Ce sont l'ensemble des Traitements Hormonaux Substitutifs de la ménopause (THM) quel que soit leur mode d'administration.

4 ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES

4.1. Données déposées par le laboratoire

Le laboratoire a fourni des nouvelles données. Seules ont été prises en compte les données en rapport avec les indications, et référencées ci dessous¹.

4.2. Publications récentes :

Deux essais randomisés (WHI) ont évalué l'efficacité et la tolérance :

- des associations estro-progestative versus placebo,
- des estrogènes conjugués équins seuls chez les femmes hystérectomisées versus placebo.

Trois études d'observation (MWS, E3N et Nurse) ont évalué l'impact des traitements par THM sur les risques de cancer et les risques de survenue d'événements cardio-vasculaires.

¹ PSUR 17/05/00 à 16/05/05

Une étude cas-témoin (ESTHER) a évalué l'impact des traitements par THM sur les risques thrombo-emboliques veineux.

4.2.1. Women's Health Initiative (WHI) : THM, risque cardio-vasculaire, cancer du sein et colorectal, fractures

L'étude WHI JAMA 2002², réalisée aux Etats-Unis, a comparé l'efficacité et la tolérance d'une association estro-progestative (n=8 506) à celle du placebo (n=8 102) en termes de survenue d'événements cardiovasculaires chez des femmes ménopausées (n=16 608).

Méthodologie : étude contrôlée versus placebo, randomisée.

- critères d'inclusion : femmes ménopausées définies par une absence de règles depuis au moins 6 mois ou hystérectomisées ou utilisatrices de THM, âgées de 50 à 79 ans,
- traitement : les patientes ont reçu soit une association estro-progestative (0,625 mg/j d'estrogènes équins conjugués + 2,5mg/j de medroxyprogestérone acétate), soit le placebo,
- la durée de suivi prévue était de 8,5 ans mais l'étude a été arrêtée prématurément après 5,2 ans en raison des risques augmentés chez les femmes ayant pris le THM,
- critère principal de jugement : critère combiné défini par la survenue d'événements cardiovasculaires (infarctus non fatal et décès d'origine cardiovasculaire).
- critères secondaires de jugement : risque de survenue d'AVC, de cancers (sein, endomètre et colorectal) et de fractures.

Résultats :

Critère principal :

Après 5,2 ans de suivi, 164/8 506 (1,9%) événements cardiovasculaires ont été observés chez les femmes recevant l'association estro-progestative (THM) par rapport à 122/8 102 (1,5%) chez les non-utilisatrices. Ceci représente une augmentation du risque relatif de 29% (HR 1,29, IC95% [1,02-1,63]) et une augmentation du risque absolu de 0,4%.

Critères secondaires :

- une augmentation de 41% du risque d'AVC a été observée chez les femmes ayant reçu le THM par rapport aux non-utilisatrices : 127 événements versus 85, HR 1,41, IC95% [1,07-1,85],
- une augmentation de 26% du risque de survenue de cancer du sein a été observée chez les femmes ayant reçu le THM par rapport aux non-utilisatrices : 166 cas versus 122, HR 1,26, IC95% [1,00-1,59],
- aucune différence n'a été observée pour les cancers de l'endomètre,
- une diminution de 27% du risque de cancer colorectal a été observé chez les femmes ayant reçu le THM par rapport aux non-utilisatrices: HR 0,63, IC 95% [0,43-0,92],
- une diminution de 24% du risque de fractures a été observée chez les femmes ayant reçu le THM par rapport aux non-utilisatrices : 650 cas versus 788, HR 0,76, IC95% [0,69-0,85].

L'étude WHI JAMA 2004³ (mise à jour Arch. Intern. of Med. 2006⁴) a comparé l'efficacité et la tolérance de l'administration de 0,625 mg/j d'estrogènes équins conjugués seuls (sans progestérone associée) ou ECE (n=5 310) à celle du placebo (n=5 429) en termes de survenue d'événement cardiovasculaire chez des femmes hystérectomisées (n=10 739).

Méthodologie : étude contrôlée versus placebo, randomisée.

² Writing group for the Women's Health Initiative investigators. "Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post menopausal women". JAMA 2002 ; 288 : 321-333

³ Women's Health Initiative randomized trial. "effects of conjugated equine estrogen in post menopausal women with hysterectomy". JAMA 2004 ; 291 : 1701-1712.

⁴ Women's Health Initiative « Conjugated Equine estrogens and coronary heart disease » Archive International of Medicine, Feb 13, 2006, 166 : 357-65.

- critères d'inclusion : femmes hystérectomisées âgées de 50 à 79 ans,
- traitement : les patientes ont reçu 0,625 mg/j d'estrogènes équins conjugués ou un placebo,
- la durée de suivi prévue était de 8,5 ans mais l'étude a été arrêtée prématurément après 6,8 ans en raison des risques d'AVC augmentés chez les femmes ayant pris le THM,
- critère principal de jugement : critère combiné défini par la survenue d'événements cardiovasculaires (infarctus non fatal et décès d'origine cardiovasculaire).
- critères secondaires de jugement : risque de survenue d'AVC, de cancers (sein et colorectal) et de fractures.

Résultats :

Critère principal :

Après 6,8 ans de suivi, aucune différence sur le risque de survenue d'événements cardiovasculaires n'a été observée chez les femmes ayant reçu l'ECE par rapport aux non-utilisatrices : 177/5 310 (3,3%) événements versus 199/5 429 (3,7%), HR 0,91, IC95% [0,75-1,12].

Critères secondaires :

- une augmentation de 39% du risque d'AVC a été observée chez les femmes ayant reçu l'ECE par rapport aux non-utilisatrices : 158/5 310 (3%) événements versus 118/5 429 (2,2%), HR 1,39, IC95% [1,10-1,77],
- aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les cancers du sein et colorectal,
- une diminution de 30% du risque de fractures a été observée chez les femmes ayant reçu l'ECE par rapport aux non-utilisatrices : 503/5 310 (9,5%) événements versus 724/5 429 (13,4%), HR 0,70, IC95% [0,63-10,79].

Les auteurs ont conclu que *"Les estrogènes équins conjugués n'ont pas fourni de protection contre l'infarctus du myocarde ou les décès coronaires chez des femmes ménopausées, sur une période de sept années d'utilisation et ont parallèlement augmenté le risque de survenue d'AVC et diminué le risque de fractures "*.

Les deux études précitées ont fait l'objet de plusieurs études complémentaires post-hoc réalisées dans des sous-populations de patientes dont certaines ont été publiées et reprises dans une mise au point de l'Afssaps en juin 2006⁵ :

- l'étude WHI (JAMA. 2003⁶) a évalué la relation entre la pratique d'activités physiques et le risque de survenue de cancer du sein chez 74 171 femmes ménopausées de la cohorte WHI.
- l'étude WHI (Circulation 2005⁷) a évalué la relation entre l'hystérectomie et le risque de survenue de maladie cardiovasculaire chez 89 914 femmes de la cohorte WHI et a mis en évidence un risque relatif plus élevé.
- l'étude WHI (JAMA. 2006⁸) a évalué l'impact des traitements par estrogènes équins conjugués sur l'incidence de survenue de cancer du sein chez 10 739 femmes hystérectomisées. Les auteurs ont conclu : "Après 7,1 ans de traitement, le risque de survenue de cancer du sein n'a pas été augmenté dans le groupe estrogènes équins conjugués par rapport au groupe placebo, chez les femmes hystérectomisées".

⁵ Afssaps – Mise au point "Le traitement hormonal de la ménopause (THM)"- Point d'étape, juin 2006.

⁶. Mac Tiernan A et al. "Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women : the Women's Health Initiative cohort study" JAMA 2003, September 10, 2003;vol 290:1331-6.

⁷.Howard B et al. "Risk of Cardiovascular Disease by Hysterectomy Status, With and Without Oophorectomy The Women's Health Initiative Observational Study" Circulation. 2005;111:1462-1470.

⁸ WHI Investigator, Stefanick et al. "Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in oostmenopausal women with hysterectomy". JAMA. 2006 Apr 12 ; 295(14) : 1647-57.

- l'étude WHI (Arch. Int. Med 2006⁹) a évalué l'impact des traitements par estrogènes équin conjugués sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires et des thromboses veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires) chez 10 739 femmes hystérectomisées. Les auteurs ont conclu que les estrogènes équin conjugués augmentaient significativement le risque de survenue de thromboses veineuses par rapport au placebo ($p=0,02$). Cette augmentation du risque a été observé dans les deux premières années de traitement. En revanche, aucune augmentation significative du risque de maladie cardio-vasculaire n'a été observée.
- l'étude Maturitas 2006¹⁰ a évalué la relation entre le risque de survenue de cancer du sein et la prise antérieure de THM chez 16 608 femmes de l'étude WHI. Les auteurs ont conclu que le risque de survenue de cancer du sein était significativement augmenté ($p=0,03$) chez les femmes traitées par THM avant l'entrée dans l'étude (HR 1,96 versus placebo, IC95% [1,17-3,27]) par rapport au non-utilisatrices (HR 1,02 versus placebo, IC95% [0,77-1,36]).

4.2.2. Million Women Study (MWS) : THM, cancer du sein et de l'endomètre

Cette étude de cohorte¹¹, réalisée en Grande-Bretagne, a étudié l'impact des traitements par THM sur l'incidence de cancer du sein chez 1 084 110 femmes ménopausées de 50 à 64 ans suivies pendant 3 à 4 ans. La moitié des ces femmes étaient traitées par THM. 9364 cancers du sein, dont 637 mortels, ont été diagnostiqués pendant cette période de suivi.

L'analyse des résultats a montré que, chez les femmes ayant utilisé un THM avant l'inclusion dans l'étude, le risque de survenue de cancer du sein était significativement augmenté par rapport aux non-utilisatrices : RR 1,66, IC95% [1,58-1,75], $p<0,0001$.

Ce risque, variable en fonction du type de THM utilisé, a été :

- augmenté chez les femmes ayant utilisé une association oestro-progestative : RR=2,00 ; IC 95% [1,88 – 2,12] $p<0,0001$,
- augmenté chez les femmes ayant utilisé de la tibolone : RR=1,45 ; IC 95% [1,25 – 1,68] $p<0,0001$,
- augmenté chez les femmes ayant utilisé un estrogène seul : RR=1,30 ; IC 95% [1,21 – 1,40], $p<0,0001$.

L'étude MWS a fait l'objet de plusieurs études complémentaires post-hoc réalisées dans des sous-populations de patientes dont certaines ont été publiées et reprises dans une mise au point de l'Afssaps en juin 2006⁴ :

- l'étude MWS (Lancet 2005¹²) a évalué l'impact des traitements par différents THM (oestro-progestatif continu, oestro-progestatif séquentiel, estrogène seul, tibolone) sur l'incidence de cancer de l'endomètre chez 716 738 femmes non hystérectomisées suivies pendant 3 à 4 ans. Les auteurs ont conclu : l'utilisation d'estrogène seul ou de tibolone a augmenté le risque de survenue de cancer de l'endomètre par rapport à la non-utilisation. L'ajout d'un progestatif a permis d'annuler ce risque. Néanmoins, les associations oestro-progestatives ont augmenté le risque de survenue de cancer du sein".

⁹.Curb J. D et al. "Venous Thrombosis and Conjugated Equine Estrogen in Women Without a Uterus" Arch Intern Med, vol 166, April 10, 2006 : 772-780.

¹⁰.Anderson GL et al. "Prior hormone therapy and breast cancer risk in the Women's Health Initiative randomized trial of estrogen plus progestin" Maturitas 2006, accepted 5 May 2006, in press.

¹¹ Million Women Study Collaborators « Breast cancer and hormone-replacement in the million women study » Lancet 2003 ; 362 : 419-27.

¹² Million Women Study Collaborators « Endometrial cancer and hormone-replacement in the million women study » Lancet 2005 april 30, 365 : 1543-51.

- l'étude MWS (Lancet Oncology 2006¹³) a évalué la relation entre les types histologiques de cancer du sein et la prise de THM (13 782 types histologiques de cancer étudiés).

4.2.3. E3N¹⁴ : THM et cancer du sein

Cette étude épidémiologique française a étudié l'impact des THM sur l'incidence de cancer du sein chez près de 55 000 femmes ménopausées de la MGEN suivies pendant 2,8 ans. 948 cancers du sein ont été diagnostiqués pendant cette période de suivi.

L'analyse des résultats a montré une augmentation du risque de cancer du sein chez les utilisatrices de THM par rapport aux non-utilisatrices : RR 1,2, IC95% [1,1 – 1,4].

L'examen, selon le type d'hormone, suggère que le sur-risque de développer un cancer du sein semble :

- minime avec un estrogène seul : RR 1,1 ; IC 95% [0,8 – 1,6],
- augmenté de 40 % lorsque l'estrogène est associé à un progestatif de synthèse : RR 1,4 ; IC 95% [1,2 – 1,7],
- absent à court terme, lorsque l'estrogène est associé à la progestérone micronisée : RR 0,9 ; IC 95% [0,7 – 1,2].

L'étude E3N a fait l'objet de plusieurs publications ultérieures réalisées dans des sous-populations de patientes dont certaines ont été publiées et d'autres ont été présentées lors de congrès internationaux et reprises dans une mise au point de l'Afssaps au juin 2006⁴ :

- l'étude (11ème congrès international sur la ménopause, Buenos Aires octobre 2005¹⁵) réalisée chez 69 647 femmes suivies pendant 7,7 ans a confirmé l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes traitées par un THM combiné comprenant un progestatif de synthèse (RR : 1,3 avec la dydrogestérone, 1,8 si le progestatif est l'acétate de chlormadinone, médrogestone, acétate de medroxyprogestérone acétate de nomégestrol, promégestone et acétate de norethistérone). Cette augmentation a été moins marquée avec la dydrogestérone comparativement aux autres progestatifs de synthèse. Les résultats ont également suggéré que le risque de cancer du sein ne serait pas augmenté chez les femmes prenant un estrogène (essentiellement par voie transdermique) associé à la progestérone micronisée et ce, quelle que soit la durée d'utilisation dans la période étudiée. Par ailleurs, une augmentation du risque a été observée avec l'utilisation d'estrogènes seuls (RR :1,4).
- l'étude E3N (Int. J. Cancer 2004¹⁶) a évalué la relation entre le poids, l'indice de masse corporel et les risques de survenue de cancer du sein chez 94 805 femmes de la cohorte E3N.
- l'étude E3N (Breast Cancer Res Treat 2007¹⁷) a évalué la relation entre le type de THM utilisé (estrogène seul, association estrogène+progestérone naturelle, association estrogène+dydrogestérone, association estrogène+autres progestatifs) et la survenue de cancer du sein chez 80 377 femmes ménopausées. Sur la base des résultats de cette étude, les auteurs préconisent l'utilisation de progestérone naturelle ou de dydrogestérone qui ne semblent pas augmenter le risque de survenue cancer du sein.

¹³ Reeves GK et al. "Hormonal therapy for menopause and breast-cancer risk by histological type: a cohort study and meta-analysis" Lancet, October 19, 2006 :1-9.

¹⁴ Fournier A, Clavel-Chapelon F et al. "Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort". Int J Cancer 2005 Apr 10;114(3):448-54.

¹⁵ Afssaps – Mise au point "Le traitement hormonal de la ménopause (THM)"- Point d'étape, juin 2006.

¹⁶ Fournier a et al. "Breast Cancer Risk in Relation to Different Types of Hormone Replacement Therapy in the E3N-EPIC Cohort" Int. J. Cancer 2004, vol 114: 1-7.

¹⁷ Fournier a et al. "Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study" Breast Cancer Res Treat 2007, Accepted 15 January 2007, , in press.

4.2.4. ESTHER : THM et risque thrombo-embolique veineux

Cette étude¹⁸ française, multicentrique cas-témoin a étudié l'influence de la voie d'administration d'estrogènes sur le risque thrombo-embolique veineux (155 cas appariés à 381 contrôles).

L'analyse des résultats a montré une augmentation du risque thrombo-embolique veineux chez les utilisatrices d'estrogène par voie orale par rapport aux non-utilisatrices : 32 événements (21%) dans le groupe estrogène voie orale versus 27 (7%) dans le groupe contrôle : RR 3,5, IC95% [1,8 – 6,8].

Ce risque ne semble pas augmenté par l'utilisation d'estrogène par voie transdermique : 30 événements (19%) versus 93 (27%) dans le groupe contrôle : RR 0,9, IC95% [0,5 – 1,6].

L'analyse, selon la voie d'administration, suggère que le risque est augmenté lorsque l'estrogène est administré par voie orale par rapport à la voie transdermique : RR 4,0 ; IC95% [1,9 – 8,3].

L'étude ESTHER a fait l'objet de plusieurs études complémentaires réalisées dans des sous-populations de patientes dont certaines ont été publiées et reprises dans une mise au point de l'Afssaps en juin 2006 :

- l'étude ESTHER (Circulation 2005)¹⁹, a évalué l'impact de la voie d'administration d'estrogène sur le risque thrombo-embolique veineux (235 cas appariés à 554 contrôles). Cette étude a confirmé l'augmentation du risque thromboembolique veineux chez les femmes recevant un estrogène par voie orale quelque soit le progestatif associé (OR : 4,3 ; IC 95 % [2,6 ; 7,2]).
- l'étude ESTHER (271 cas appariés à 610 contrôles, Circulation 2007²⁰) a évalué l'impact de la voie d'administration d'estrogène sur le risque thrombo-embolique veineux et a confirmé l'augmentation du risque thromboembolique veineux chez les femmes recevant un THM estroprogestatif comportant un estrogène par voie orale. Le risque serait également augmenté chez les femmes utilisant un estrogène par voie transdermique en association à un dérivé norpregnane. Par contre, les résultats suggèrent que le risque ne serait pas augmenté chez les femmes recevant un estrogène par voie transdermique seul ou en association à la progestérone micronisée ou à un dérivé pregnane.

4.2.5. NURSE : THM et risque de cancer du sein

Cette étude²¹ de cohorte a étudié l'impact des durées de traitements par estrogène sur la survenue de cancer du sein chez 11 508 femmes hystérectomisées de 30 à 55 ans.

L'analyse des résultats n'a pas montré d'augmentation significative du risque de cancer du sein chez les utilisatrices d'estrogène par rapport aux non-utilisatrices pour des traitements de :

- moins de 5 ans : RR 0,96, IC95% [0,75-1,22],
- 5 à 9,9 ans : RR 0,90, IC95% [0,73-1,12],

Le risque de survenue de cancer du sein a été augmenté chez les utilisatrices d'estrogène traitées au long cours par rapport aux non-utilisatrices pour des traitements de :

- 10 à 14,9 ans : RR 1,06, IC95% [0,87-1,30],

¹⁸ Scarabin PY, EStrogen and THromboEmbolism Risk Study Group "Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk". Lancet. 2003 Aug 9;362:428-32.

¹⁹ Straczek C, Scarabin PY et al. Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. "Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration". Circulation. 2005 Nov 29 : 112(22) ; 3495-500.

²⁰ Canonico M et al. "Hormone Therapy and Venous Thromboembolism Among postmenopausal Women Impact of the Route of Estrogen Administration and Progestogens: The ESTHER Study" Circulation. 2007;115:840-845.

²¹ Chen WY. et al. "Unopposed Estrogen Therapy and the Risk of Invasive Breast Cancer" Arch Intern Med, vol 166, may 8, 2006: 1027-1072.

- 15 à 19,9 ans : RR 1,18, IC95% [0,95-1,48],
- plus de 20 ans : RR 1,42, IC95% [1,13-1,77].

L'étude NURSE a fait l'objet de plusieurs études complémentaires réalisées dans des sous-populations de patientes :

- l'étude NURSE (Journal of women's health 2006²²) a évalué la relation entre le risque de survenue d'événement coronaire et le délai de mise en route d'un traitement par THM après l'apparition de la ménopause.
- l'étude NURSE (JAMA 2006²³) a évalué la relation entre la variation du poids et le risque de survenue de cancer du sein chez 87 143 femmes de la cohorte NURSE.

4.2.6. Conclusion des publications récentes

Sur la base de certaines de ces publications, la « Mise au point de l'Afssaps en date de juin 2006⁶ », a établi que :

1/ En termes d'efficacité :

Troubles du climatère : L'efficacité du THM dans le traitement des troubles du climatère, notamment sur les symptômes vasomoteurs, a été largement démontrée.

Prévention du risque de fracture lié à l'ostéoporose :

1/ Effet sur la densité osseuse

La perte osseuse, qui est associée à un risque fracturaire, est rapide la première année de ménopause. Le THM permet de prévenir cette perte osseuse et l'effet est dose-dépendant. A l'arrêt du THM, la perte osseuse reprend au rythme physiologique.

2/ Effet sur les fractures

Le THM est le seul traitement ayant démontré son efficacité dans la prévention primaire des fractures ostéoporotiques dans la population générale (en l'absence de mesure de la densité minérale osseuse -DMO-). Le bénéfice anti-fracturaire (en termes de risque relatif) est identique quel que soit le risque fracturaire initial. Dans l'étude WHI [2], le pourcentage de fractures observées au terme de 5 années de traitement est de 8,6 % chez les femmes ayant reçu un THM, versus 11,1 % chez les femmes non traitées. La durée pendant laquelle le risque fracturaire est réduit après l'arrêt du traitement n'est pas connue mais il semble qu'elle ne soit pas supérieure à quelques années. Il n'est pas établi non plus qu'un THM administré en début de ménopause prévienne les fractures à distance de l'arrêt du traitement. Enfin, il n'y a pas ou peu de données d'efficacité sur la prévention des fractures en cas de ménopause précoce, de DMO basse, ainsi que chez les femmes ayant des antécédents de fractures vertébrales.

Cancer colo-rectal : La WHI portant sur le traitement ECE + MPA rapporte une diminution du risque de cancer colo-rectal ; cet éventuel effet protecteur du THM sur la survenue d'un cancer colo-rectal n'est pas encore suffisamment documenté, notamment sur la durée de cette protection.

²²Grodstein F et al. "Hormone Therapy and Coronary Heart Disease : The Role of Time since Menopause and Age at hormone Initiation" Journal of women's health, Vol 15, n°1, 2006 : 35-44.

²³Heather Eliassen et al. "Adult Weight Change and Risk of Postmenopausal Breast Cancer" JAMA, July 12, 2006—Vol 296, No. 2 193-201.

2/ En termes de risques (cf. annexe 1)

Cancer du sein :

Il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un THM estroprogestatif. Ce sur-risque de cancer augmente avec la durée du traitement et l'âge de la patiente. Aucune différence n'est démontrée ni en fonction de la voie d'administration (orale, extra-digestive), ni en fonction du schéma d'administration (séquentiel ou continu). Des données (E3N) suggèrent que le sur-risque de cancer du sein lié au traitement estroprogestatif pourrait varier en fonction du type de progestatif mais ces données nécessitent d'être confirmées.

Risque cardio-vasculaire :

Le THM, estroprogestatif ou par estrogènes seuls, n'exerce pas d'effet protecteur sur la maladie coronarienne et vis-à-vis du risque cérébrovasculaire, que les femmes aient ou non des antécédents cardio ou cérébro-vasculaires. Il existe une augmentation du risque coronarien et cérébrovasculaire sous traitement estroprogestatif, sans que l'on observe de variation notable en fonction de la durée de traitement. Néanmoins, une augmentation du risque coronarien a été observée chez des femmes de plus de 60 ans traitées par l'association estrogènes conjugués équinés et acétate de médroxyprogestérone.

Risque thrombo-embolique veineux

Il existe une élévation du risque de maladie veineuse thromboembolique sous THM estroprogestatif. Ce risque ne semble pas exister avec les estrogènes administrés par voie transdermique, excepté lorsqu'ils sont associés aux dérivés norpregnanes, mais ces données nécessitent d'être confirmées.

5 DONNEES SUR L'UTILISATION DU MEDICAMENT

Selon les données de l'EPPM-IMS, le nombre de prescriptions de CLIMARA est de 13 000 en cumul mobile annuel à novembre 2006. Le faible nombre de prescriptions ne permet pas l'analyse qualitative des données.

6 CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

6.1. Réévaluation du service médical rendu

Les manifestations cliniques de la ménopause (troubles vasomoteurs, troubles trophiques génito-urinaires et troubles psychiques) peuvent entraîner une dégradation de la qualité de vie.

Cette spécialité est un traitement symptomatique.

Le rapport efficacité / effets indésirables de cette spécialité est important.

Cette spécialité est un médicament de première intention dans la prise en charge des femmes présentant des troubles du climatères seuls ou associés à de l'ostéoporose et de seconde intention dans la prévention du risque de fracture lié à l'ostéoporose post-ménopausique des patientes non symptomatiques présentant une intolérance à un autre traitement indiqué dans la prévention de l'ostéoporose.

Il existe de nombreuses alternatives à cette spécialité.

Le service médical rendu par cette spécialité reste important.

6.2. Place dans la stratégie thérapeutique ^{24,25,26,27}

Troubles du climatère :

Chez les femmes souffrant de troubles du climatère lors de la ménopause (bouffées de chaleur, sudations nocturnes, sécheresse vaginale...), un THM peut être instauré si la femme le souhaite et si ces troubles sont perçus comme suffisamment gênants pour altérer la qualité de vie.

Dans ce cas, le rapport efficacité/effets indésirables du THM peut être considéré comme favorable, à la dose minimale efficace, pour une durée la plus courte possible et avec une réévaluation régulière.

Prévention du risque de fracture lié à l'ostéoporose post-ménopausique

Selon l'Afssaps (Mise au point juin 2006²⁴), dans la prévention du risque fracturaire, le rapport efficacité/effets indésirables du THM, quel que soit le produit envisagé, est défavorable sur la base des données actuellement disponibles. L'administration d'un THM pourra être néanmoins être envisagée chez la femme ménopausée à risque élevé de fractures :

- lorsque la patiente présente des troubles du climatère qu'elle perçoit comme altérant sa qualité de vie (cf. ci-dessus) ;
- lorsque la patiente présente une intolérance ou une contre-indication à un autre traitement indiqué dans la prévention du risque de fracture lié à l'ostéoporose et après une évaluation individuelle précise et soigneuse du rapport efficacité/effets indésirables. Les traitements alternatifs sont les bisphosphonates et le raloxifène. On manque encore de données sur leur utilisation au-delà de 5 ans.

Il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un THM estroprogestatif. Ce sur-risque de cancer augmente avec la durée du traitement et l'âge de la patiente. Aucune différence n'a été démontrée en fonction de la voie d'administration (orale, extra-digestive), ni en fonction du schéma d'administration (séquentiel ou continu). Des données suggèrent que le sur-risque de cancer du sein lié au traitement estroprogestatif pourrait varier en fonction du type de progestatif mais ces données nécessitent d'être confirmées.

En cas d'instauration du THM en début de ménopause, le sur-risque de cancer du sein reste faible avant la 5^{ème} année de traitement. Au-delà, ce risque doit être pris en compte. Il devient notable après 65 ans.

Chez les femmes ménopausées sans trouble du climatère et sans facteur de risque d'ostéoporose, la prescription de THM n'est pas recommandée.

Recommandations générales

A l'instauration du traitement, une information claire sur les risques inhérents au traitement doit être communiquée aux patientes. Par ailleurs, le rapport efficacité/effets indésirables du traitement doit être réévalué régulièrement, au moins une fois par an. Cette ré-évaluation pourra s'accompagner d'une suspension du traitement afin de contrôler la persistance du syndrome climatérique et sa sévérité.

²⁴ Afssaps « Mise au point sur le traitement hormonal substitutif » 30 janvier 2003.

²⁵ Afssaps « Actualisation des recommandations sur le traitement hormonal substitutif » Communiqué de synthèse - 3 décembre 2003.

²⁶ Afssaps/Anaes « les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause » Rapport d'orientation - 11 mai 2004.

²⁷ Afssaps « Mise au point sur le traitement hormonal de la ménopause THM » Point d'étape – juin 2006.

- Quelle que soit l'indication, il est rappelé que :
 - avant d'instaurer ou de ré-instaurer un THM, un examen clinique et gynécologique complet (y compris analyse des antécédents familiaux) doit être effectué. Un examen régulier des seins doit être pratiqué selon les recommandations en vigueur (palpation, mammographie, échographie...) et adapté en fonction des cas individuels. Le THM est contre-indiqué en cas de cancer du sein connu ou suspecté, ou d'autres tumeurs estrogéno-dépendantes connues ou suspectées (par ex. cancer de l'endomètre) ;
 - l'utilisation d'un THM chez des patientes présentant des antécédents d'accident thrombo-embolique veineux ou un état thrombotique connu nécessite une évaluation attentive du rapport efficacité/effets indésirables. Le THM est contre-indiqué en cas d'accident thrombo-embolique veineux en évolution, ou d'antécédents thrombo-emboliques veineux récidivants ;
 - le THM est également contre-indiqué dans les situations suivantes : hémorragie génitale sans diagnostic établi, accident thrombo-embolique artériel récent ou en évolution, affection hépatique aiguë ou chronique, ou antécédents d'affection hépatique, jusqu'à normalisation des tests hépatiques, hypersensibilité aux principes actifs ou à l'un des excipients.

6.3. Recommandations de la commission de la transparence

Avis favorable au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux dans les indications et aux posologies de l'AMM.

Conditionnement : adapté aux conditions de prescription.

Taux de remboursement : 65 %

ANNEXE 1

RISQUES LIES A L'UTILISATION DE THM

Mise au point Afssaps, juin 2006 « http://afssaps.sante.fr/htm/10/thm/thm_mise_aupoint.pdf »

Actuellement aucune donnée issue d'essais randomisés ne permet de savoir si les risques associés au THM sont influencés ou non par le type d'estrogène (estrogènes conjugués équins, estradiol), ou par le type de progestatif (acétate de méthoxyprogestérone, lévonorgestrel, noréthistérone, progestérone, etc.), ou par la voie d'administration de l'estrogène (orale, transdermique), ou enfin par les modalités d'utilisation du progestatif (administration séquentielle ou continue).

Cancer du sein

Plusieurs facteurs hormonaux modulent le risque de cancer du sein. Ce risque est corrélé à l'imprégnation estrogénique, qui dépend de la durée de la période qui se situe entre la puberté et la ménopause. Le THM prolonge l'imprégnation estrogénique naturelle et place la femme traitée à un niveau de risque supérieur à celui d'une femme de même âge non traitée.

D'après l'essai WHI²⁸, il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un THM estroprogestatif. Ce sur-risque de cancer augmente avec la durée du traitement. La WHI rapporte pour la première fois que les tumeurs mammaires ont été diagnostiquées à un stade plus invasif²⁹. L'hypothèse d'un retard de diagnostic est évoquée, lié à une hyperdensité mammaire engendrée par la prise de THM. Sur la base des données actuelles, un THM à base d'estrogènes seuls ne semble pas augmenter le risque de cancer du sein^{30,31}. L'augmentation du risque de cancer du sein liée au THM estroprogestatif pourrait dépendre du type de THM, d'après l'étude observationnelle française E3N. L'étude suggère qu'il n'y aurait pas d'augmentation du risque lorsque le THM associe un estrogène (essentiellement par voie transdermique) à la progestérone micronisée^{32,33}. Ce résultat nécessite d'être confirmé par d'autres études.

Cancer de l'endomètre

L'absence d'augmentation du risque de cancer de l'endomètre lorsque les estrogènes, connus pour augmenter ce risque, sont associés à un progestatif en continu est retrouvée par l'étude MWS alors que les progestatifs administrés en séquentiel ne supprimeraient pas totalement le risque^{16,34,35}. Par ailleurs, dans cette même étude, il a été suggéré que la tibolone, sur une durée moyenne de suivi de 3,4 ans, augmenterait le risque de survenue du cancer de l'endomètre.

Cancer de l'ovaire

Quelques données suggèrent que le THM pourrait être associé à une augmentation du risque de cancer de l'ovaire [WHI], mais ceci nécessiterait d'être confirmé par d'autres études.

²⁸ Writing group for the Women's Health Initiative investigators. "Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post menopausal women". JAMA 2002 ; 288 : 321-333.

²⁹ Chlebowsky et al. . "Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy post menopausal women (WHI)". JAMA 2003 ; 289 : 3243-53.

³⁰ Women's Health Initiative randomized trial. "effects of conjugated equine estrogen in post menopausal women with hysterectomy". JAMA 2004 ; 291 : 1701-1712.

³¹ WHI Investigator, Stefanick et al. "Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in ostenopausal women with hysterectomy". JAMA. 2006 Apr 12 ; 295(14) : 1647-57.

³² Fournier A, Clavel-Chapelon F "Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort". Int J Cancer 2005 Apr 10;114(3):448-54.

³³ Clavel et al. "HRT and Breast cancer" 11ème congrès international sur la ménopause, Buenos Aires – octobre 2005.

³⁴ Anderson et al. "Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures : the Women's Health Initiative randomized trial". JAMA 2003 ; 290 : 1739-48.

³⁵ Million Women Study Collaborators « Endometrial cancer and hormone-replacement in the million women study » Lancet 2005 april 30, 365 : 1543-51.

Risque thrombo-embolique veineux

Le THM augmente le risque thrombo-embolique veineux (thrombose veineuse, embolie pulmonaire), surtout la première année de traitement, ce qui nécessite de respecter scrupuleusement les contre-indications de prescription. Ce risque augmente avec l'âge. Les antécédents familiaux thrombo-emboliques veineux représentent un facteur de risque à prendre en considération.

Le risque thrombo-embolique veineux lié au THM pourrait dépendre de la voie d'administration des estrogènes et du type de progestatif d'après l'étude cas-témoin française ESTHER. L'étude suggère qu'il n'y aurait pas d'augmentation du risque lorsque le THM est administré par voie transdermique, excepté lorsque les estrogènes sont associés aux dérivés norpregnanes. Ce résultat doit être confirmé par d'autres études. Il ne permet en aucun cas de conclure que la voie transdermique réduirait l'ensemble des autres risques induits par le THM, ni que ce traitement peut être prescrit en cas de risque majoré de maladie thrombo-embolique veineuse.

Risque cardiovasculaire

Les études randomisées HERS I et II (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study)^{36,37} avaient montré que le THM, administré par voie orale, ne diminuait pas les risques cardiovasculaires chez les femmes ayant une maladie coronaire.

Les données de WHI confirment que le THM estroprogestatif ne protège pas du risque d'accident coronaire et entraînerait même une augmentation du risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral au cours de la première année de traitement chez les femmes sans antécédents cardiovasculaires. Cette augmentation du risque d'accident ischémique a été observée chez des femmes de plus de 60 ans, traitées par estrogènes conjugués équins et acétate de médroxyprogestérone. De même, les résultats des analyses de l'autre étude WHI montrent que le traitement par estrogènes seuls n'exerce pas d'effet protecteur sur la survenue de maladies coronariennes, en particulier chez les femmes de plus de 60 ans, et augmente le risque de survenue d'accident vasculaire cérébral (WHI)^{30,38}

Une méta-analyse regroupant 28 essais contrôlés randomisés complets, soit 39 769 sujets, confirme l'augmentation du risque de survenue d'accident vasculaire cérébral chez les utilisatrices de THM³⁹. Le même niveau de risque est retrouvé quelle que soit la nature du THM (estrogènes seuls ou associations estroprogestatives). Cette étude précise que le risque est significativement augmenté seulement pour les accidents vasculaires cérébraux d'origine ischémique. Il faut noter que les résultats sont très influencés par le poids de l'étude WHI.

Troubles cognitifs :

Contrairement à ce qui était espéré, il n'y a pas aujourd'hui de données mettant en évidence un effet protecteur du THM sur les troubles cognitifs. Le THM pourrait même accroître le risque de démence (chez des femmes de plus de 65 ans)⁴⁰.

Cette nouvelle analyse des données de risques reste en accord avec les conclusions déjà formulées en mai 2004 dans le rapport de l'audition publique Anaes/Afssaps⁴¹.

³⁶ Hulley et al. "Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary disease in postmenopausal women (HERS I)", JAMA, 1998, 280 : 605-613.

³⁷ Hulley S. et al. "Non cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy (HERS II)". JAMA, 2002, 288 : 58-66.

³⁸ Women's Health Initiative « Conjugated Equine estrogens and coronary heart disease » Archive International of Medicine, Feb 13, 2006, 166 : 357-65

³⁹ Bath et al. "Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis". BMJ. 2005 Feb 12 ; 330(7487) : 342.

⁴⁰ Shumaker SA et al. "Estrogen Plus Progestin and the Incidence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in Postmenopausal Women : The Women's Health Initiative Memory Study (WHI)". JAMA 2003, 289 (20):2651-62.

⁴¹ Rapport d'orientation Anaes/Afssaps - Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. 11 mai 2004.