

Le syndrome urogénital de la femme ménopausée : quelle conséquence sur la vie sexuelle ?

Claude Hocke, chirurgien gynécologue (Bordeaux)

I/ Définition

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (GSM) correspond depuis 2014 à la nouvelle terminologie de l'atrophie vulvo-vaginale (VVA).

Sa prévalence globale (*sous-estimée*) est de 27%; elle augmente avec le temps.

Le GSM comprend une collection de symptômes en rapport avec le vieillissement (*pas forcément pathologiques*) et des signes associés à la décroissance des estrogènes et autres stéroïdes.

- symptômes vulvo-vaginaux : sécheresse, brûlures, irritation
- symptômes sexuels : dyspareunie (*par manque de lubrification*)
- symptômes urinaires : urgence, infection urinaire à répétition, prolapsus pelvien

II/ Retentissement sur la vie sexuelle

La prévalence des difficultés sexuelles augmente avec l'âge et peut atteindre 66% après 60 ans. Les principales causes de l'inactivité sexuelle sont la dysfonction sexuelle (49%), les problèmes relationnels (18%), la perte du partenaire (18%).

Toutes les études montrent qu'au moins 50% des femmes ménopausées ont une atrophie vulvo-vaginale (VVA) qui impacte sur leur sexualité ; en effet, la sécheresse vaginale et la dyspareunie sont des facteurs importants de perte de la libido et de la réduction de la fréquence des rapports.

Le retentissement de ces pathologies est variable en fonction des profils psychologiques des femmes comme l'a montré CASTELO BLANCO (*Castelo-Blanco C et al, Maturitas, 2015, 81, 462-469*).

Le retentissement sexuel a été évalué dans de multiples études :

- THE CLOSER SURVEY (*Nappi RE et al, Maturitas, 2013, 75, 373-379*) :

Cette étude a montré un impact fort de la VVA sur les relations des femmes avec leur partenaire avec la peur de ne pas guérir de la pathologie et la peur d'altérer la vie sexuelle en raison de la douleur. Globalement, l'inconfort vaginal diminue l'estime de soi et la qualité de vie mais le traitement oestrogénique local améliore les relations sexuelles, en particulier chez les femmes européennes.

- THE REVIVE SURVEY IN EUROPE (*Nappi RE et al, Maturitas, 2016, 91, 74-80*) :

Cette étude internet montre que l'ensemble des patientes ménopausées aimeraient une amélioration de leur qualité sexuelle car les trois-quarts rapportent un impact de la VVA sur le plaisir sexuel.

Les patientes ressentent une impression de perte de jeunesse (62-70%) ou une perte d'intimité sexuelle (53-69%).

Les trois symptômes les plus fréquemment retrouvés sont la sécheresse vaginale (70%), l'irritation vaginale (33%), la dyspareunie (29%).

Il faut noter que ces symptômes apparaissent le plus souvent au moment de la ménopause ou dans l'année suivante et resteront ensuite constants.

La douleur pendant les rapports est considérée comme le symptôme le plus ennuyeux.

La prévalence de femmes traitées reste faible car la plupart des patientes pensent que les symptômes sont liés au vieillissement et ne sont pas pathologiques. La plupart de ces femmes ne parlent pas spontanément de ces problèmes avec les professionnels de santé et utilisent de l'automédication.

- Ainsi, seules 7% dans l'étude THE WOMEN'S EMPOWER SURVEY (*Kingsberg SA et al, J Sex Med, 2017, 14, 413-424*) utilisent actuellement un traitement local ou général. Les freins au traitement

sont la crainte d'un passage systémique, les écoulements vulvaires de la crème, la réutilisation d'un applicateur.

La compliance est inférieure à 50% en particulier en terme de posologie ce qui explique que seule 33 % à 50% des femmes traitées soit satisfaites de l'efficacité des produits. Ce faible taux est à l'origine d'un arrêt prématuré de beaucoup de traitements.

L'amélioration de la prise en charge devrait pouvoir passer par une meilleure connaissance des troubles présentés par la patiente et la possibilité d'un traitement.

Les différentes études notent le peu d'influence des médias ou des stratégies d'éducation thérapeutiques et recommandent de passer par le professionnel pour une meilleure efficacité. Il faut donc recommander à tout praticien de s'enquérir systématiquement chez la femme ménopausée de ce type de troubles et de ne pas attendre que la patiente en parle.

III/ Management

Les praticiens doivent donc plus souvent aborder les symptômes du GSM avec leurs patientes car celle-ci n'osent pas aborder ce sujet en une consultation alors qu'elles en souffrent réellement (*diminution de l'estime de soi et de la qualité de vie*).

Le traitement doit être précoce, avant que les anomalies d'atrophies deviennent irréversibles. Il doit être poursuivi longtemps car la pathologie est chronique.

1/ Thérapeutiques Hormonales (les plus efficaces) :

a/ Oestrogénothérapie locale

L'Oestrogénothérapie locale augmente le PH vaginal, l'index de maturation de l'épithélium et restaure la flore vaginale.

Il existe de multiples formes galéniques (*ovule, anneaux, crème*) d'efficacité équivalente.

En France, les produits contiennent de faibles doses d'estrogènes ce qui permet, malgré un passage systémique, d'avoir des taux d'estradiol plasmatiques qui restent cohérents avec la période ménopausique (*inférieurs à 20pg/m*). Les produits les plus usités sont Colpotrophine°, Gydrelle°, Trophigil°. Depuis 2016, un anneau vaginal à l'estradiol est disponible (*Estring°*)

b/ Tibolone (voie orale-Livial°)

La Tibolone a des effets oestrogéniques favorables sur le vagin et la vessie. Ses effets secondaires cardiaques restreignent son emploi.

c/ Ospemifene (SERM-Osphena°)

Pris par voie orale (*60mg/j*), autorisé par la FDA aux USA depuis 2013 et proposé comme traitement de la VVA modérée à sévère (*en particulier dyspareunie*) chez la patiente non candidate à une thérapie locale. Il n'est pas encore disponible en France. Efficacité largement supérieure au placebo.

d/ bazedoxifène+ECE (Duavive°)

Commercialisé en France en 2016

e/ Ovule de Déhydroépiandrostérone (DHEA-Prasterone°)

Un ovule journalier (*6,5mg*) ; efficacité supérieure au placebo. Produit non disponible en France

2/ Thérapeutiques Non Hormonales

Il s'agit essentiellement de lubrifiants (*à la demande*) et d'hydratants (*en entretien*) qui sont à prescrire en première intention en cas de GSM.

Pas d'études comparatives concernant ces produits (*Replens°, Mucogyne°*) utilisant des composants variés (*eau, huile, silicone, acide hyaluronique, polymère polycarboxyphile bio-adhésif retenant l'eau*).

Ont aussi été proposés : produits riches en soja (*phytoestrogènes, isoflavone (Femarelle°)*), genisteine, blackcohos, lactobacilles (*Medigyne°*).

Le laser CO2 fractionné (*Monalisa*°) ou le laser YAG (*Intima*°) sont une nouvelle thérapeutique (en particulier proposée en cas de contre-indication aux œstrogènes (cancer mammaire)) : en général 3 séances espacées de 30 jours permettent d'améliorer l'épaisseur du vagin et sa vascularisation. Particulièrement intéressant chez les patientes ayant une contre-indication à l'hormonothérapie locale.

3/ En pratique

Il faut insister sur la nécessité d'une activité sexuelle régulière (permet l'augmentation de la vascularisation vaginale, une distension vaginale, un apport de prostaglandines et d'acides gras) et si possible sur un arrêt du tabac.

La prescription de première intention correspond à des lubrifiants à la demande et des hydratants (tous les jours pendant 3 semaines puis 2-3 fois par semaine pendant une période de 3 mois à un an).

En cas d'effet insuffisant, les topiques œstrogéniques locaux sont les plus efficaces.

IV/ Cas particuliers des patientes ayant eu un cancer hormono-dépendant

L'hypoestrogénie après cancer du sein ou endométrial, l'utilisation d'anti-aromatases, augmentent la fréquence du GSM. Le premier conseil est d'utiliser des hydratants. Le traitement systémique œstrogénique est contre indiqué. En cas d'échec, certains prescriront des topiques locaux à faibles doses ou du promestriène, d'autres utiliseront l'ospemifène, une thérapeutique androgénique (*DHEA*) ou le laser CO2 vaginal.

V/ Conclusions / Prise en charge

En conclusion, tout professionnel de santé doit s'enquérir des symptômes de la vulvovaginite atrophique par des questions recherchant les troubles fonctionnels et un examen visuel de la vulve et du vagin (*Wysocki S et al, Clin Med Insights Reprod Health, 2014, 8, 23-30*).

Si il n'y a pas de VVA identifiée, il faut informer la patiente de l'existence de ce syndrome et rediscuter lors d'une prochaine visite.

Si la VVA est identifiée, il faut également expliquer le syndrome, informer du caractère chronique voir progressif des changements physiques liés à la VVA.

Il faut également s'attacher à décrire les options thérapeutiques et discuter des risques et bénéfices, des préférences et de l'intérêt de la mise en place des traitements pour cette patiente.

Si la patiente n'est pas intéressée par la prescription, il faut l'informer qu'elle pourra toujours changer d'avis et envisager lors d'une autre visite un traitement.

Si la patiente est intéressée par une prescription, il faut insister sur un usage correct du traitement et réaliser l'ordonnance.

Lors de la remise de cette ordonnance, il faut encourager à une visite de suivi, en particulier si le traitement se révèle inefficace ou mal supporté. En cas d'efficacité, une visite à trois mois est conseillée.

VI/ Conclusions / Traitement

1/ Les symptômes de VVA sont fréquents et peuvent altérer la qualité de vie.

2/ Des faibles doses locales d'œstrogènes sont efficaces.

3/ Il n'y a pas d'intérêt, aux doses utilisées de rajouter un progestatif.

4/ Chez une patiente prenant des inhibiteurs de l'aromatase et présentant des symptômes de VVA, les traitements de première ligne sont les hydratants et lubrifiants car les données sur la sécurité des topiques œstrogéniques à faibles doses sont peu nombreuses.

5/ Il n'y a pas de durée prédéfinie du traitement. La VVA récidive cependant souvent à l'arrêt du traitement local.

6/ L'ospemifène est, aux USA, un nouveau traitement par voie orale. Son indication est le traitement de la VVA modérée à sévère chez la femme ménopausée qui n'est pas candidate à un traitement par œstrogénothérapie locale.