

Mots-clés

Syndrome
génito-urinaire
de la ménopause

Cancer du sein

Santé sexuelle

Traitements innovants

Points forts⁺⁺

- » Le syndrome génito-urinaire de la ménopause atteint environ 70 % des femmes en carence estrogénique.
- » Les causes les plus fréquentes de la sécheresse vulvovaginale sont la ménopause naturelle et les traitements anticancéreux.
- » Le retentissement est majeur sur la vie intime des femmes dans leur quotidien et dans leur vie sexuelle.
- » L'acide hyaluronique injectable est le traitement de la sécheresse débutante, il s'injecte sous anesthésie locale dans le vestibule et 1 seule injection est souvent efficace.
- » Les traitements physiques, tels que le laser, la radiofréquence ou encore la photobiomodulation, permettent de traiter avec efficacité les formes les plus étendues, mais nécessitent plusieurs séances.

Highlights

» Genitourinary menopause syndrome affects around 70% of estrogen-deficient women.

» The most frequent causes are natural menopause and cancer treatments.

» This has a major impact on women's intimacy, both in their daily lives and in their sex lives.

» Injectable hyaluronic acid is used to treat the onset of dryness, and is injected into the vestibule under local anaesthetic. A single injection is often effective.

» Physical treatments such as laser, radiofrequency and photobiomodulation can effectively treat more extensive forms, but require several sessions.

Keywords

Genitourinary syndrome
of menopause

Breast cancer

Sexual health

Innovative treatments

- sexuels : dyspareunie d'intromission, douleurs vaginales à type de "coups de couteau ou de rasoir" ;
- urinaires : urgenturie, pollakiurie diurne ou nocturne, incontinence urinaire d'effort, douleurs à la miction, infections urinaires à répétition et post-coïtales.

Pour décrire l'ensemble de ces symptômes associés, on parle de SGUM, terminologie de l'atrophie vulvovaginale employée depuis 2014 [1]. 60 à 70 % des femmes ménopausées présentent au moins 1 de ces symptômes, qui commencent généralement 4 à 5 ans après la ménopause (encadré).

Étude EVES, sur 1 000 femmes ménopausées :

- 66 % souffrent de symptômes vaginaux sévères ;
- 30 % souffrent de symptômes vulvaires sévères ;
- 11 % souffrent de symptômes urinaires sévères ;
- le plus souvent, ces symptômes sont associés.

À notre époque, une femme peut vivre jusqu'à un tiers de sa vie en état de ménopause ; elle souhaite donc bien vieillir et vivre épanouie le plus longtemps possible. Ainsi, il convient de s'intéresser de près au SGUM, qui altère la qualité de vie de la femme, s'aggrave avec les années, devient pérenne et est toujours responsable d'une dyspareunie, souvent la 1^{re} plainte de la patiente en raison de son retentissement personnel et sur la vie de couple. La douleur lors des rapports sexuels empêche le plaisir, ce qui affecte la libido et espace les rapports qui deviennent inexistantes. Les signes sont plus marqués en fonction de l'âge de la patiente, de la durée de la ménopause, de l'absence de traitement, mais diminuent lorsque la fréquence des rapports sexuels augmente. En effet, le maintien d'une activité sexuelle régulière permet l'augmentation de la vascularisation vaginale, un apport de prostaglandines et d'acides gras et contribue ainsi à maintenir la souplesse du vagin. C'est donc un véritable cercle vicieux : la sécheresse diminue la fréquence des rapports qui augmente la sécheresse. Au début des symptômes, et notamment chez la femme jeune, la sécheresse concerne essentiellement la zone périnéale, le vestibule et le tiers inférieur du vagin. Elle est donc essentiellement responsable d'une dyspareunie d'intromission.

Traitements de la sécheresse vaginale

Si le SGUM est débutant ou modéré, on propose en 1^{re} intention la réhydratation de la muqueuse vaginale par des gels aqueux ou à base d'acide hyaluronique (AH) ou de polycarbophiles. Ces traitements locaux soulagent plus qu'ils ne traitent et souffrent d'une mauvaise observance sur le long terme, du fait de la contrainte d'utilisation bi- ou trihebdomadaire et des écoulements qu'ils provoquent, imposant le plus souvent le port d'une protection, alors source d'irritations.

Les topiques contenant des dérivés hormonaux (estriol ou promestriène) ont en revanche une efficacité certaine, mais subissent également une mauvaise observance pour les mêmes raisons. Leur prescription est encore débattue pour les femmes traitées pour un cancer du sein. Toutefois, une étude récente vient de réhabiliter leur prescription [2, 3].

L'AH par voie vaginale est associé à une amélioration significative des symptômes du SGUM mais l'efficacité est inférieure à celle de l'estrogénothérapie locale [4, 5]. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause, ou traitement hormonal de la ménopause (THM) à la "française", c'est-à-dire à faible dose efficace et avec une estrogénothérapie transcutanée et de la progestérone naturelle p.o., est prescrit en 2^e intention. Les contre-indications et le risque d'augmentation du cancer du sein décrits par l'étude WHI en 2003 ont fait l'objet de nombreuses réticences de la part des patientes, mais aussi de la part des médecins. Cette étude montre une réduction de la mortalité associée au THM (estrogènes conjugués équinés (ECE) + médroxyprogestérone acétate (MPA) et ECE seuls) chez les femmes dans la tranche 50-59 ans. Pour les autres tranches d'âge (60-69 ans et 70-79 ans), il n'y avait pas de différence significative sur la mortalité.

Heureusement, une étude vient d'être publiée, remettant en avant l'intérêt de la prise d'un THM lorsqu'il n'existe pas de contre-indications et que la patiente a parfaitement compris les avantages de ce traitement [4, 5]. Pour limiter le sur-risque de cancer du sein attribuable au traitement hormonal de la ménopause, il est recommandé de privilégier l'association de l'estradiol avec la progestérone ou la dydrogestérone.