

Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)



F. MADACI,
Service de Gynécologie-Obstétrique,
Clinique Ibrahim Gharafa
CHU Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger

|| Résumé

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM OU SGM) connu sous le vocable de l'atrophie vulvo-vaginale (AVV) moins spécifique, regroupe un ensemble de manifestations cliniques génitales et urinaires en rapport par le déclin des stéroïdes sexuelles en particulier les œstrogènes. Il affecte plus de la moitié des femmes ménopausées, survenant dès les premières années la ménopause. Il n'a aucune tendance à la régression nécessitant ainsi un traitement au long cours afin d'améliorer la qualité de vie des femmes, qui est profondément altérée sur le plan sexuel et émotionnel. Plusieurs traitements sont proposés mais le traitement oestrogénique local reste le traitement de référence car il est efficace et ne présente aucune contre indication.

>>> Mots-clés :

Atrophie vulvo-vaginale, Syndrome génito-urinaire, Hypoœstrogénie, Ménopause

Abstract

Genitourinary syndrome of menopause (GSM), previously known as atrophic vaginitis or vulvo-vaginal atrophy, affects more than half of postmenopausal women. Caused by low estrogen levels after menopause, it results in bothersome symptoms, including vaginal and urinary symptoms and signs. The GSM may have a profound negative impact on the quality of life of postmenopausal women. Patients must be encouraged to talk about their difficulties and treated with an appropriate effective therapy. Several effective treatments exist, but low-dose vaginal estrogen therapy is the standard criterion. It is effective and safe for most patients.

>>> Key-words :

Genito-urinary syndrome of menopause, Vulvo-vaginal atrophy, menopause

Introduction/définition

Le syndrome génito-urinaire est la nouvelle terminologie de l'atrophie vulvo-vaginale (AVV) proposée et adoptée par NAMS (*North American Menopause Society*) et ISSWSH (*International Society Study Women's Sexual Health*) lors du congrès de Chicago tenu en 2014 ^(1,2).

Ce récent concept regroupe un ensemble de signes et de symptômes en rapport avec la diminution du taux d'œstrogènes et d'autres stéroïdes sexuels.

Le GSM dépasse le concept de la carence oestrogénique pour inclure les symptômes en rapport avec le vieillissement qui sont représentés par les symptômes vulvo-vaginaux (sécheresse, brûlures, irritation), les symptômes sexuels (dyspareunie) et les symptômes urinaires (urgenterie, infection urinaire à répétition, prolapsus...). Les symptômes liés à ce syndrome sont en augmentation depuis le déclin du traitement hormonal de la ménopause en rapport avec les conclusions de la WHI (*Women's Health Initiative*) sur les risques cardiovasculaires et carcinologiques mis en évidence dans cette étude randomisée.

Il affecte plus de la moitié des femmes ménopausées. Survenant le plus souvent au moment de la ménopause ou dans l'année suivante, il est constant dans 60 % des cas ^(3,4). Si les troubles vasomoteurs ont tendance à diminuer spontanément, le SGUM ne se résout pas spontanément. Ce dernier nécessite une thérapeutique au long cours en raison des effets sévères sur l'équilibre émotionnel sexuel et la qualité de vie qui se trouve profondément altérée.

Les manifestations cliniques

Les cliniciens jouent un rôle majeur dans la reconnaissance des signes du SGUM, la plupart des femmes n'en parlent pas par pudeur car c'est un sujet sensible (sexualité). Les manifestations cliniques se traduisent par des signes urinaires et génitaux (figure 1) qui peuvent être mis en évidence par l'interrogatoire et l'examen clinique.

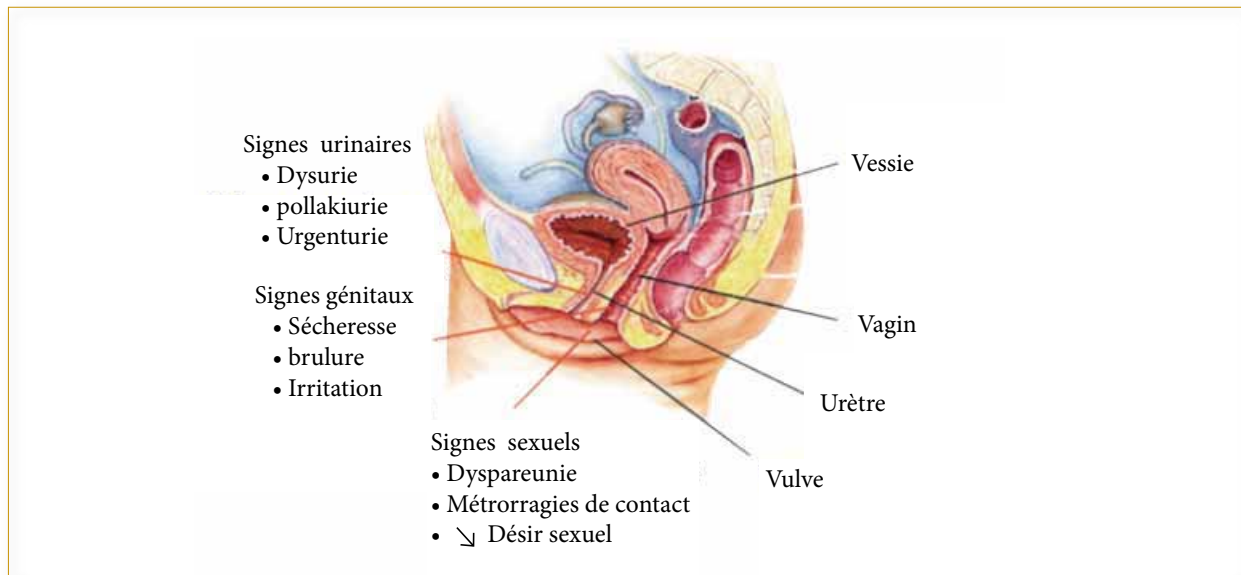


Figure 1 : Sturdee DW, Panay N. Recommandations pour la prise en charge de l'atrophie vaginale post ménopausique. Climacterics. 2010 ; Early Online : 1-28

L'atrophie vaginale est observée 2 à 3 ans seulement après la ménopause. Les altérations atrophiques sont responsables du rétrécissement du hiatus génital ne permettant pas l'introduction de 2 doigts et une diminution de la profondeur du vagin favorisent l'apparition de blessures et d'infections, la vulve est pale et atrophiée (figure 2).

La vessie et l'urètre peuvent aussi être concernés, avec des symptômes tels que dysurie, l'incontinence d'effort (ou de stress) et les infections urinaires récidivantes.

Suite à l'atrophie vaginale, l'activité sexuelle est souvent perturbée.

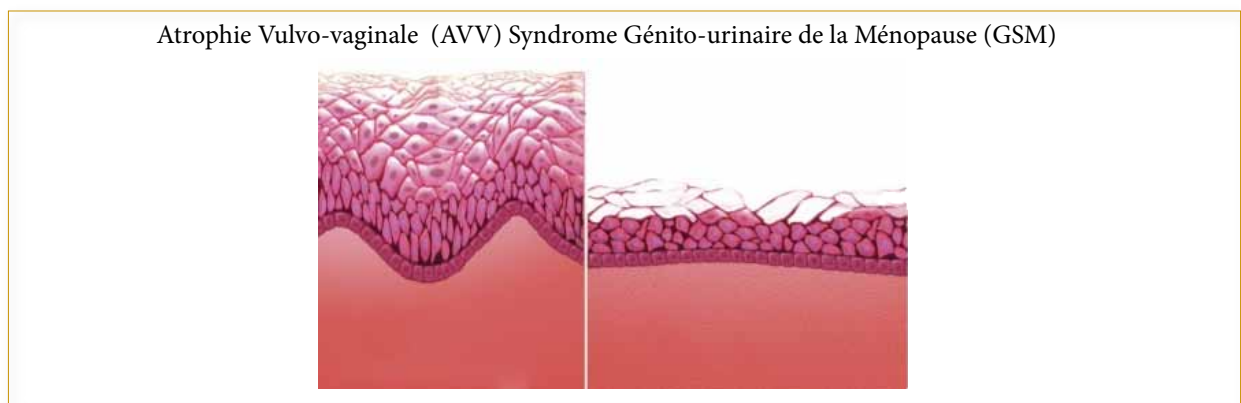


Figure 2 : Bohbot J-M et al, Gynecol Obstet Fertil, 2015, 43, 437-442

La prévalence de la difficulté sexuelle augmente avec l'âge elle est de 22 % entre 40 et 44 ans, elle avoisine les 60 % après 60 ans. Les trois principaux symptômes sont la sécheresse vaginale (70 %), l'irritation vaginale (33 %) et la dyspareunie (29 %). Les patientes ayant une ménopause chirurgicale sont plus exposées ^(8,9).

Physiopathologie

Les œstrogènes ont un rôle majeur dans l'hydratation et la prolifération de l'épithélium vaginal. Ils ont un effet trophique direct sur le tissu conjonctif et les fibres élastiques. La baisse des œstrogènes est à l'origine de l'atrophie vaginale ; le vagin perd son élasticité et devient étroit et peu profond ⁽⁵⁾.

- En raison d'une origine embryologique commune

(sinus urogénital), cette atrophie va s'étendre à la vessie et à l'urètre ce qui explique la survenue de la symptomatologie urinaire.

- En pré ménopause la flore vaginale est dominée par le lactobacille (bacille de Doderline) qui fabrique de l'acide lactique à partir du glycogène libéré par les cellules épithéliales du vagin ce qui permet de maintenir une acidité vaginale (PH entre 3 et 5), qui empêche la prolifération d'autres colonies microbiennes évitant ainsi la survenue d'infections.

Avec la baisse des œstrogènes, le glycogène se raréfie avec le lactobacille, il s'ensuit une alcalinisation du PH vaginal (≥ 7), ce qui favorise la colonisation de germes pathogènes. Cette alcalinisation du PH est aussi responsable de mauvaises odeurs (figure 3).

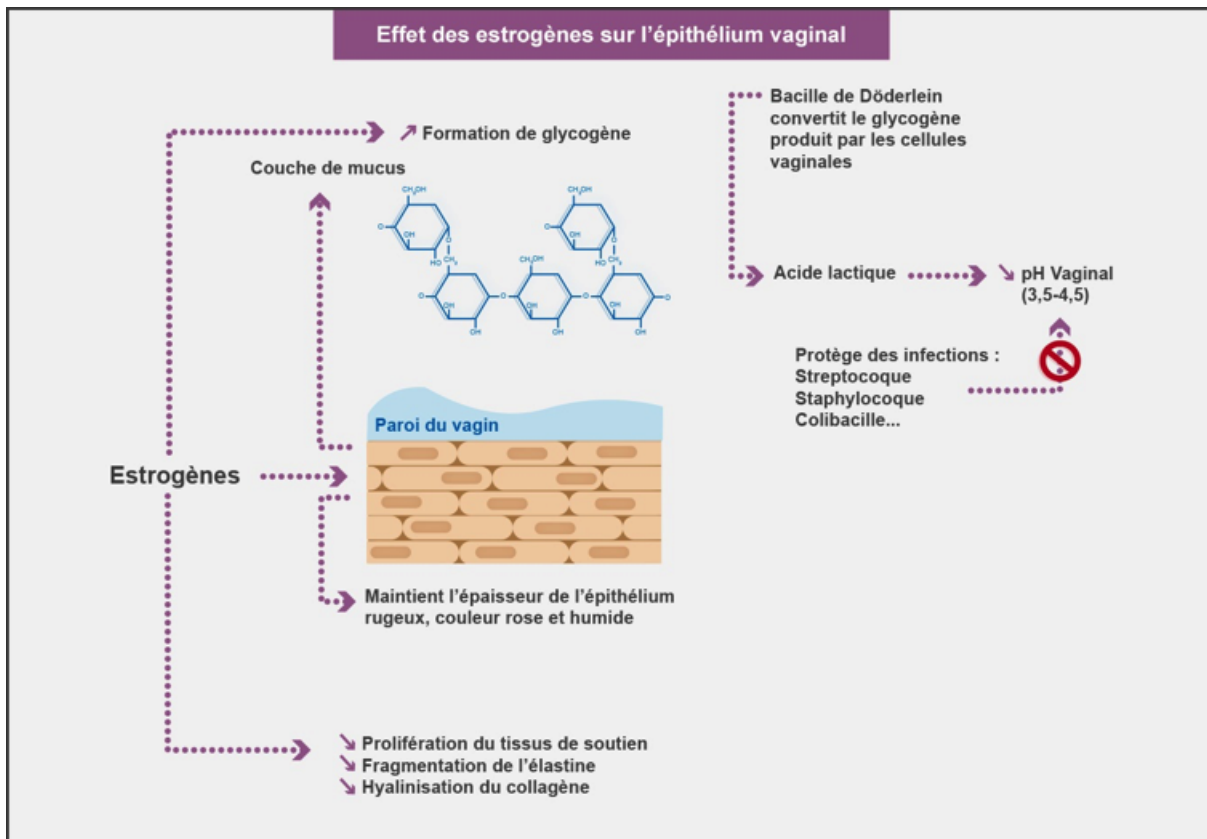


Figure 3 : Sturdee DW, Panay N. « Recommandations pour la prise en charge de l'atrophie vaginale post-ménopausique. Climacterics. 2010 ; Early Online : 1-2 »

Les modifications subies par l'urètre sont ⁽⁵⁾ :

- Diminution de l'épaisseur du muscle strié, ce qui est à l'origine du raccourcissement de l'urètre

- Hypertrophie du muscle lisse responsable de la rigidité de ce dernier
- Disparition des anastomoses artério-veineuses avec

une diminution de la pression de clôture

- Atrophie de la muqueuse.

La vessie

Le détrusor est peu à peu envahi par le collagène. L'activité sympathique diminue et l'activité parasymphatique augmente ; tous ces phénomènes expliquent l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale ainsi que la survenue fréquente des infections urinaires.

Signes et symptômes urogénitaux liés aux déficits en estrogènes (extrait de Sturdee et al.)

• Vagin

- Sécheresse et hydratation insuffisante
- Diminution du flux sanguin
- Dyspareunie
- Prurit
- Sensation de brûlures
- Douleurs
- Perte d'élasticité
- Amincissement des tissus vaginaux et altération de la kératinisation
- Anomalies muqueuses incluant des pétéchies, des microfissures, ulcération et inflammation
- Raccourcissement, fibrose, fermeture de la cavité vaginale et/ou amincissement de l'entrée du vagin
- Perte du relief du fornix et des plis vaginaux
- Susceptibilité aux blessures mécanique
- Difficultés à cicatriser
- Index de la maturation vaginale anormal : diminution du pourcentage des cellules superficielles et des cellules parabasales
- Diminution du contenu en glycogène des cellules de l'épithélium vaginal
- Modification de la flore vaginale au profit des microorganismes pathogènes
- Augmentation du pH vaginal au-dessus de 5
- Leucorrhées et/ou pertes louches
- Infiltration des couches sous-muqueuses par des lymphocytes et des cellules plasmatiques

• Vessie et urètre

- Augmentation du résidu vésical post-mictionnel
- Diminution de la capacité de la vessie
- Diminution de la pression maximale du détrusor pendant la miction
- Diminution du seuil de sensibilité à l'extension de la vessie (seuil du sentiment de la nécessité d'uriner)
- Diminution de la pression de fermeture urétrale
- Diminution de la perfusion du plexus veineux péri-urétral
- Diminution du flux d'urine au niveau de l'urètre

- Diminution de l'index de maturation urétrale : diminution du pourcentage des cellules superficielles et augmentation des cellules parabasales

- Incontinence urinaire
- Infections urinaires récidivantes
- Anomalies de la biosynthèse du collagène dans le tissu de soutien péri-urétral
- Symptômes de dysurie, de nycturie et de mictions impérieuses

Traitement

L'objectif du traitement est de rétablir l'équilibre physiologique dans la zone génito-urinaire et de lutter ainsi contre les symptômes liés à l'atrophie avec un impact positif non négligeable sur la sexualité et la qualité de vie.

Le traitement doit être précoce avant que les complications de l'atrophie soient irréversibles. Il doit être poursuivi dans le temps pour maintenir les effets bénéfiques de ce dernier.

a. Traitement hormonaux

- Œstrogènes locaux : ce sont les plus efficaces, le passage systémique est très faible, inférieur à 20pg/l, ils ne présentent aucune contre-indication. Une œstrogénothérapie locale est préférable pour traiter l'atrophie vaginale quand un traitement systémique n'est pas nécessaire pour d'autres raisons ⁽⁹⁾. Les œstrogènes locaux n'augmentent ni le risque de cancer du sein ni celui du risque cardiovasculaire ⁽¹⁹⁾. La protection de l'endomètre par un progestatif n'est pas indiquée. Plusieurs formes galéniques sont disponibles ovules, crèmes (promestriene, colpotropine) ; anneau vaginal (estring) non disponible en Algérie. Il n'existe aucune différence d'efficacité des différents produits selon une étude de la Cochrane 2016. La prescription est quotidienne pendant 2 à 3 semaines puis bi hebdomadaire.

- Autre thérapeutiques hormonales

- Tibolone (voie orale - Livial®) ⁽¹⁶⁾. Hormone synthétique qui a une activité analogue aux trois hormones sexuelles dans les différents tissus. Effets œstrogéniques favorables sur le vagin et la vessie, un effet progestatif anti prolifératif sur l'endomètre. La tibolone a une activité analogue à la testostérone qui peut jouer un rôle sur la libido. Mais ses effets secondaires cardiaques restreignent son emploi. Elle est contre indiquée en cas d'antécédent de cancer du sein.

- Déhydroépiandrostérone (DHEA) ⁽¹⁴⁾. La transformation androgénique/œstrogénique varie selon les cellules elle n'a pas d'effet systémique, la DHEA améliore l'index de maturation vaginale, normalise le PH et stimule la

formation de collagène. Elle est classiquement prescrite sous forme d'ovules ; cependant en absence de cette forme galénique, une voie orale peut être prescrite à faible dose.

- Ospemifene (SERM-Osphena[®])⁽¹³⁾. Pris par voie orale (60 mg/j), autorisé par la FDA aux USA depuis 2013 ; proposé comme traitement de la VVA modérée à sévère (en particulier dyspareunie) chez la patiente refusant une thérapeutique locale. Le médicament est contre indiqué en cas d'antécédent thromboembolique (ou d'antécédent de cancer hormono dépendant).

b. Traitements non hormonaux

Particulièrement indiqués chez les patientes présentant un cancer de l'endomètre ou du sein sous anti aromatasés qui favorisent la survenue de SGUM ; chez lesquelles le traitement œstrogénique systémique est contre indiqué^(17,18,19).

- Les lubrifiants sont utilisés principalement pour remédier à la sécheresse vaginale lors des rapports sexuels. Leur action ne repose sur aucun mécanisme physiologique particulier ; ils apportent un soulagement temporaire mais ne constituent pas une solution à long terme en cas de sécheresse vaginale.

- Les produits hydratants. Ils sont constitués de polymères hydrophiles non solubles. Ces polymères bioadhésifs adhèrent aux cellules épithéliales de la paroi vaginale et lient des molécules d'eau. Les effets bénéfiques des hydratants sur les symptômes de l'atrophie vaginale sont surtout liés à leurs propriétés tampon qui entraînent une réduction du pH vaginal alcalin. Ils existent en gel à base d'acide lactique ou en ovule à base d'acide hyaluronique (Cicatrine[®]).

- Le laser CO2 fractionné (Monalisa[®]) ou le laser YAG (Intima). Nouveau concept de rejuvénation. Intéressant chez les patientes ayant une contre-indication à l'hormonothérapie⁽¹⁷⁾. Le laser CO2 fractionné (3 séances toutes les 4 semaines), améliore la vascularisation, la production de glycogène, de collagène et de matrice extracellulaire. Il a une action clinique persistant jusqu'à 12 semaines après traitement, 85 % des patientes retrouvent une vie sexuelle normale à 12 semaines⁽¹⁸⁾.

- Activité sexuelle : Augmenter l'activité sexuelle des patientes avec ou sans partenaire⁽²⁰⁾, augmente l'élasticité, la lubrification du vagin et améliore la vascularisation génito-urinaire.

Conclusion

Environ la moitié des femmes ménopausées sont concernées par le SGUM qui altère leur qualité de vie en présentant des symptômes d'intensité très variable parmi lesquels, la sécheresse des muqueuses, le prurit et les douleurs lors des rapports sexuels, la baisse de la libido

et l'augmentation des infections vaginales et des cystites.

En présence de symptômes légers, on peut recommander des produits hydratants. Si les symptômes sont d'intensité moyenne à sévère, il convient de recourir à un traitement œstrogénique local, car les symptômes ont plutôt tendance à augmenter au fil du temps. Plusieurs études ont confirmé l'efficacité d'un tel traitement contre le SGUM. Des données récentes confirment que le traitement vaginal topique par œstrogènes n'accroît pas le risque de cancer du sein ni le risque cardiovasculaire, ce qui est en faveur de sa sécurité. Il n'y a pas de durée prédéfinie du traitement. SGUM récidive cependant souvent à l'arrêt du traitement local.

Date de soumission :

24 Juillet 2018.

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec le sujet traité.

Références :

1. Portman DJ et al, Maturitas, 2014, 79, 349-354
2. Gandhi J et al, Am J Obstet Gynecol, 2016, 1-8
3. Nappi RE, Palacios S, Panay N et al, Climacteric, 2016, 19, 188-197
4. Rahn DD et al. Obstet Gynecol 2014 ;124:1147-1156 Utian WH.
5. Biosynthesis and physiologic effects of estrogen and pathophysiologic effects of estrogen deficiency: a review. American journal of obstetrics and gynecology. 5 1989 ;161(6 Pt 2):1828-1831
6. Robinson D, Cardozo LD. The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. Urology. 2003 ;62(4 Suppl 1):45-51
7. Nappi RE, Lachowsky M, Maturitas, 2009, 63, 138-141
8. Nappi RE, Palacios S, Panay N et al, Climacteric, 2016, 19, 188-197
9. Palma F & al. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study The AGATA study. Maturitas. 2015; 1-5
10. Sanchez-Borrego R et al, Maturitas, 2014, 78, 146-150 ; Blake J, Best Practice & Res Clin Obstet Gynaecol, 2006, 20, 799-839;
11. Gandhi J et al, Am J Obstet Gynecol, 2016, 1-8; Al-Baghdadi O et al, Climacteric, 2009, 12, 91-105;
12. Edwards D et al, Climacteric, 2016, 19, 151-161
13. Management of symptomatic vulvo-vaginal atrophy : 2013 position statement of The 11 North American Menopause Society. Menopause. 2013 ;20(9):888-902; quiz 903-884
14. Labrie F, Archer DF, Koltun W, et al. Efficacy of intra vaginal dehydroepiandrosterone 24 (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of 25 vulvo-vaginal atrophy, and of the genito-urinary syndrome of menopause. Menopause. 26 2016 ;23(3):243-256
15. Al-saqi SH, Uvnäs-moberg K, Jonasson AF. Intra vaginally applied oxytocin improves 22 post-menopausal vaginal atrophy. Post Reprod Health. 2015 ;21(3):88-97
16. Mendoza N, Abad P, Baro F, et al. Spanish Menopause Society position statement : use of 20 tibolone in postmenopausal women. Menopause (New York, NY). 2013.
17. Salvatore S, Nappi RE, Zerbinati N, et al. A 12-week treatment with fractional CO2 laser 6 for vulvo-vaginal atrophy : a pilot study. Climacteric. 2014 ;17(4) :363-369.
18. Salvatore S, Nappi RE, Parma M, et al. Sexual function after fractional microablative 8 CO (2) laser in women with vulvo-vaginal atrophy. Climacteric. 2015 ;18(2) :219-225.
19. Crandall CJ et al. Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study. Menopause 2018 ; 25(1) 1
20. Gandhi J. Am J Obstet Gynecol 2016. - 2. Management of symptomatic vulvo-vaginal atrophy: 2013 position statement of The NAMS. Menopause 2013