

~~Réjuvenation~~ Traitement du SGUM

Oestrogènes ou laser

Qu'est ce que le SGUM ?

SGUM= GSM=VVA 2014

- Syndrome génito-urinaire de la ménopause (*GSM-SGUM*)
 - = **Nouvelle terminologie de l'atrophie vulvo-vaginale (VVA)** (2014-Chicago-NAMS & ISSWSH)
- **Comprend une collection de symptômes** (*pas forcément pathologiques*) **et de signes associés à la décroissance des estrogènes et autres stéroïdes** (*donc progressifs*)
- Le **GSM** dépasse le concept de carence oestrogénique pour **inclure les symptômes en rapport avec le vieillissement** :
 - **Symptômes vulvo-vaginaux** : sécheresse, brûlures, irritation,
 - **Symptômes sexuels** : dyspareunie (*en rapport avec un manque de lubrification*)
 - **Symptômes urinaires** : urgence, infection urinaire à répétition, prolapsus...

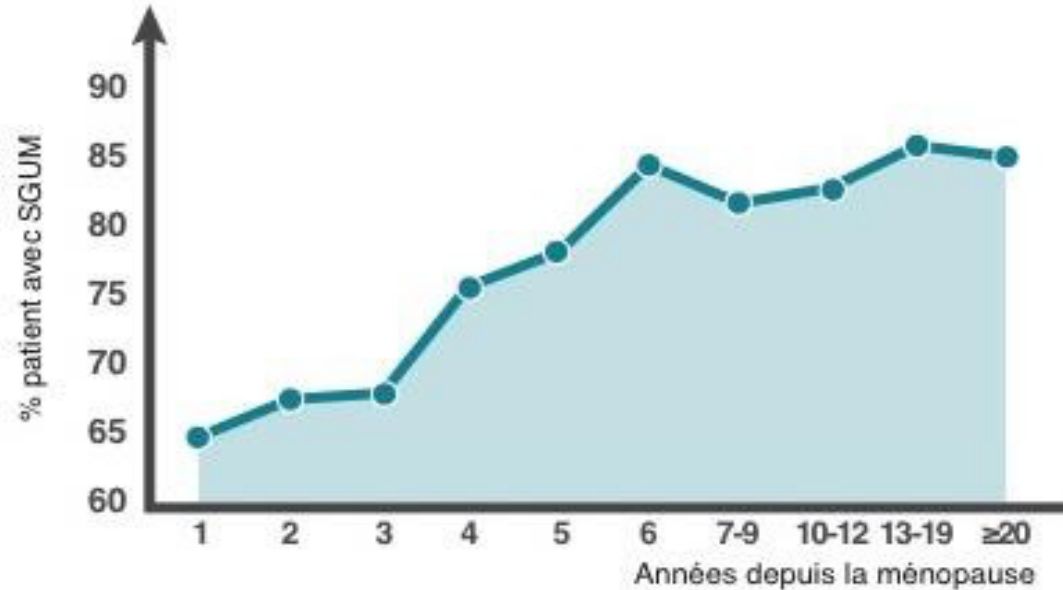
Qui est touché par le SGUM ?

VVA / SGM : une prévalence qui croît dans le temps

Évolution du syndrome génito-urinaire dans le temps



27% - 50 %



D'après Palma F et al. 2015*

*Etude réalisée auprès de 913 femmes : âge moyen, 59,3 (+/-7,4)

THE WOMEN'S EMPOWER SURVEY

Enquête par internet sur la perception du SGUM et de leur traitement 1858 femmes 58 ans

81% des patientes ne connaissent pas la VVA / SGUM

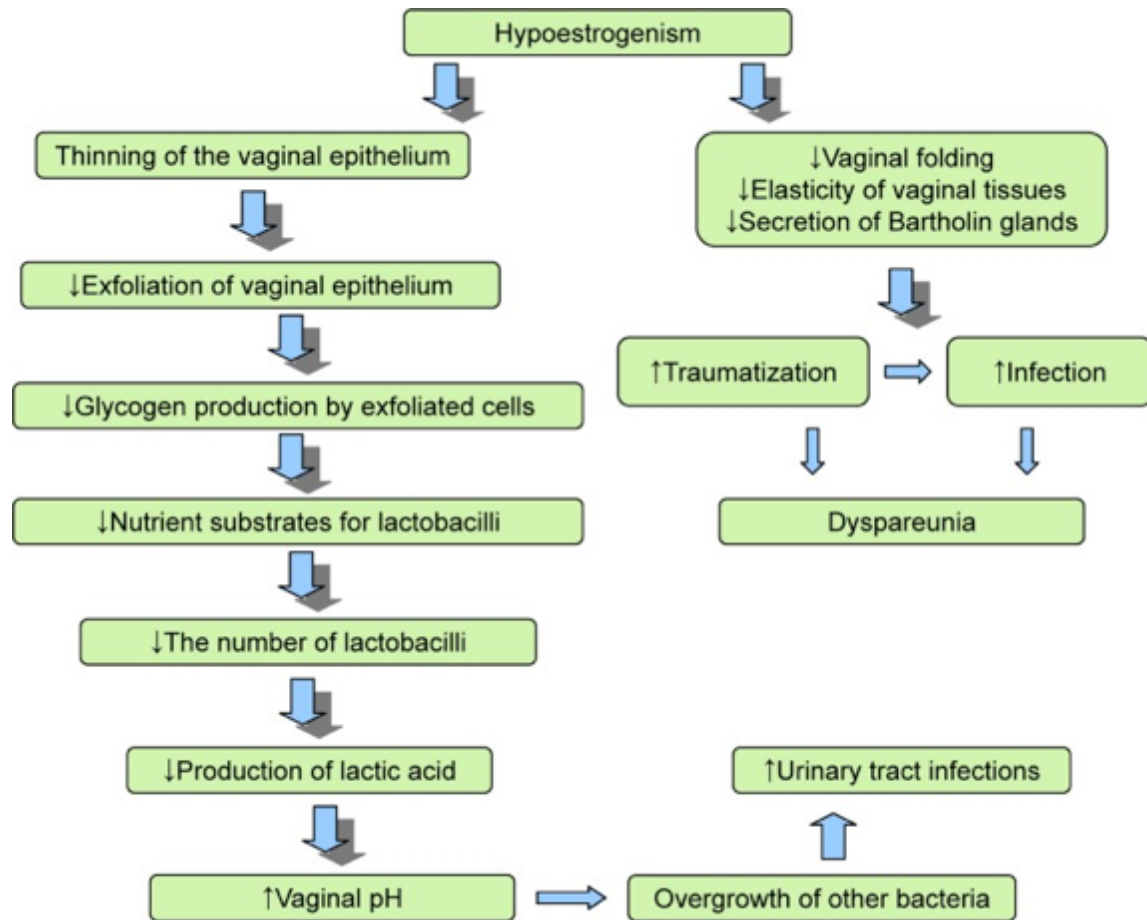
7% utilisent actuellement un traitement local (estrogènes) ou général (SERM)

72% n'ont jamais parlé de leurs symptômes avec un professionnel (*raison principale : elles pensent que les symptômes sont normaux et liés à l'âge...*);

Dans 85% des cas c'est la patiente qui en parle au soignant

⇒ **Mise en place d'un questionnaire par FDA**

A quoi est-du le SGUM?



Syndrome génito-urinaire

Carence oestrogénique

Urètre	Vessie	Vulve Vagin	Tissu conjonctif et muscles : L.A.
↓	↓	↓	↓
↳ Longueur ↳ P.C.	Anomalie sensibilité Anomalie contractilité Infection	Atrophie	
↓	↓	↓	↓
Insuffisance sphinctérienne	Instabilité	Vulvovaginite Dyspareunie	Prolapsus Continence urinaire et anale Sexualité

Evaluer l'atrophie et la sécheresse



Diagnostic - Score de santé vaginale

Calculatrice du score de l'indice d'évaluation de la santé vaginale (SIESV)
(Vaginal Health Index Score : VHIS - Score de Bachmann)

* Paramètres vaginaux *	1	2	3	4	5
Élasticité vaginale	Nulle ☐	Faible ☐	Moyenne ☐	Bonne ☐	Excellente ☐
Volume des sécrétions vaginales	Nul ☐	Faible (localisées) ☐	Faible (couverture totale) ☐	Minime ☐	Normale ☐
pH vaginal	$\geq 6,1$ ☐	5,6 - 6 ☐	5,1 - 5,5 ☐	4,7 - 5,0 ☐	$\leq 4,6$ ☐
Intégrité de l'épithélium vaginal	Pétéchies spontanées ☐	Saignement au simple contact ☐	Saignement au contact appuyé ☐	Épithélium mince non friable ☐	Normal ☐
Lubrification/Hydratation du vagin	Nulle (muqueuse altérée) ☐	Aucun (muqueuse non altérée) ☐	Très faible ☐	Modérée ☐	Normale ☐

Valeur de VHIS Effacer

Score < 15 : considéré comme atrophie

Symptômes Urinaires

Les symptômes urinaires du SGM

REVUE LITTÉRATURE: 2000 à 2012 :

29 articles retenus /482,dont 3 méta analyses ,4 revues,5 cohortes et 5 essais contrôlés randomisés(1)



- L'incidence de l'IUE,IUU et IM augmentent en cas de carence estrogénique
- **Urgenturies** majoritaires après ménopause : prévalence **entre 8 et 30%**
- Les estrogènes sont responsables de :
 - La Trophicité cellulaire épithéliale du vagin, de l'urètre et de la vessie
 - La vascularisation péri-urétrale (facteur important dans la régulation de la pression de clôture) ;
 - La pression de clôture maximale

En cas d'incontinence par urgenturie un traitement par voie locale peut être prescrit

Les traitements



Acide Hyaluronique

→ Augmentation de la captation d'eau 1000x

Hyaluronic Acid	Chen /2013 [20]	OLP-M 1:1	144 (67/66)	MP (natural or surgical) mean age 54.4 and 54.05; vaginal dryness	1. IVE (estriol) 0.5g 2. Hyaluronic acid 5g	Dyspareunia: SS decrease in both groups. No difference between groups. U Vaginal dryness: SS decrease in both groups. Advantage of estrogens (statistically but not clinically significant difference) over hyaluronic acid. L Vaginal dryness: SS decrease in both groups. No difference between groups. L QoL questionnaire: No difference between groups.
	Grimaldi /2012 [21]	DBP 1:1	36 (18/16)	MP (natural or surgical) mean age 57.4; at least three symptoms (itching, burning, vaginal dryness and vaginal discharge)	1. Placebo 2. Hyaluronic acid	
	Ekin /2011 [22]	RCT 1:1	42 (21/21)	MP (hysterectomized or not) mean age 51.86 and 52.95; moderate to severe vaginal dryness and soreness	1. IVE 25microg (estradiol) 2. Hyaluronic acid 5 mg	Dyspareunia: Disappearance of moderate and severe intensity. U Vaginal dryness: Disappearance of severe intensity. CSV: SS decrease in both groups. Advantage of IVE (SS).
	LeDone /2011 [23]	DB	62 (31/31)	MP (>2 years) mean age 58.3 and 49.4; symptomatic and cytocolposcopically VA	1. Genistein 97microg 2. Hyaluronic acid 5 mg	Genital symptoms: SS decrease in both groups. Advantage of Genistein (SS). H

Les Estrogènes

Voie locale vaginale

Peu d'effets secondaires :

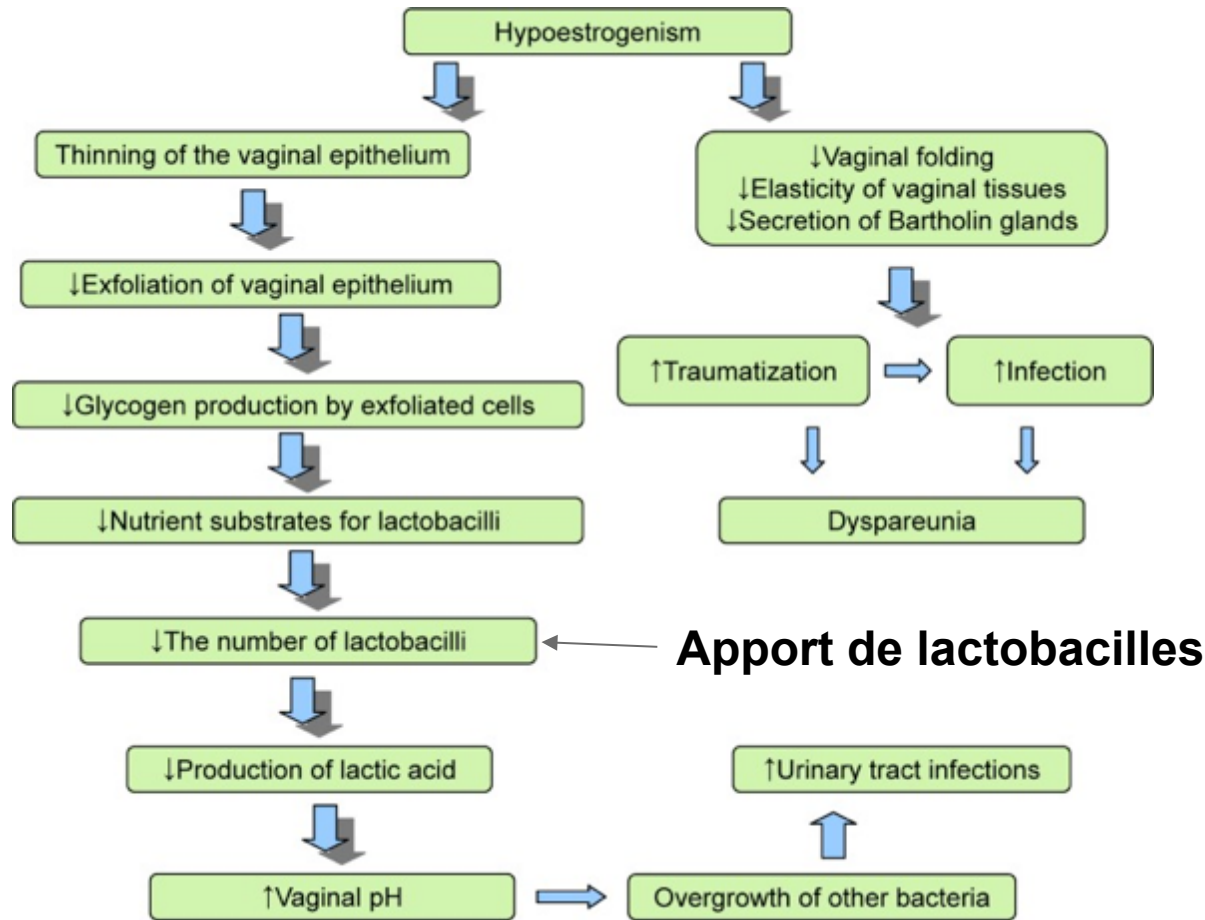
irritation vaginale ou de brûlures, de pertes, de saignements, de douleurs pelviennes, de mastodynies et de paresthésies

Contre-indications : Cancer hormonodépendant ?

Durée de traitement des estrogènes par voie vaginale

«Aucune raison de ne pas traiter l'atrophie vaginale symptomatique avec de faibles doses d'estrogènes vaginales appliquées localement aussi longtemps que durent les symptômes»

Les Estrogènes ne fonctionnent pas !



Clinical modification induced by intravaginal estriol therapy

	Groupe I (n=68) Before treatment	After treatment	Groupe II (n=68) Before treatment	After treatment	P
Subjective complaints of SUI	59/68 – 86.76%	14/68 – 20.59%	63/68 – 92.65%	37/68 – 54.41%	< 0.01
<i>Vaginal dryness</i>	68/68 – 100%	7/68 – 10.29%	68/68 – 100%	13/68 – 19.12%	<0.01
Dyspareunia	43/68 – 63.24%	9/98 – 13.24%	39/68 – 57.35%	28/68 – 41.18%	<0.001
<i>Urogenital atrophy</i>	68/68 – 100%	8/68 – 11.76%	68/68 – 100%	15/68 – 22.06%	<0.01
Significant bacteriuria	19/68 – 27.94%	6/68 – 8.82%	16/68 – 23.53%	9/68 – 13.23%	<0.001
<i>Vaginal pH</i>	5.63 ± 0.76	4.24 ± 0.66	5.53 ± 0.64	4.78 ± 0.71	<0.05

Groupe I 68 femmes	E3 + Lactobacille + rééducation + ESF
Groupe II 68 femmes	E3 + + rééducation + ESF

Giampiero Capobianco
Arch Gynecol Obstet 2013

Ca ne marche toujours pas !

C'est quoi un laser et comment ça marche ?

Source de lumière PHOTON

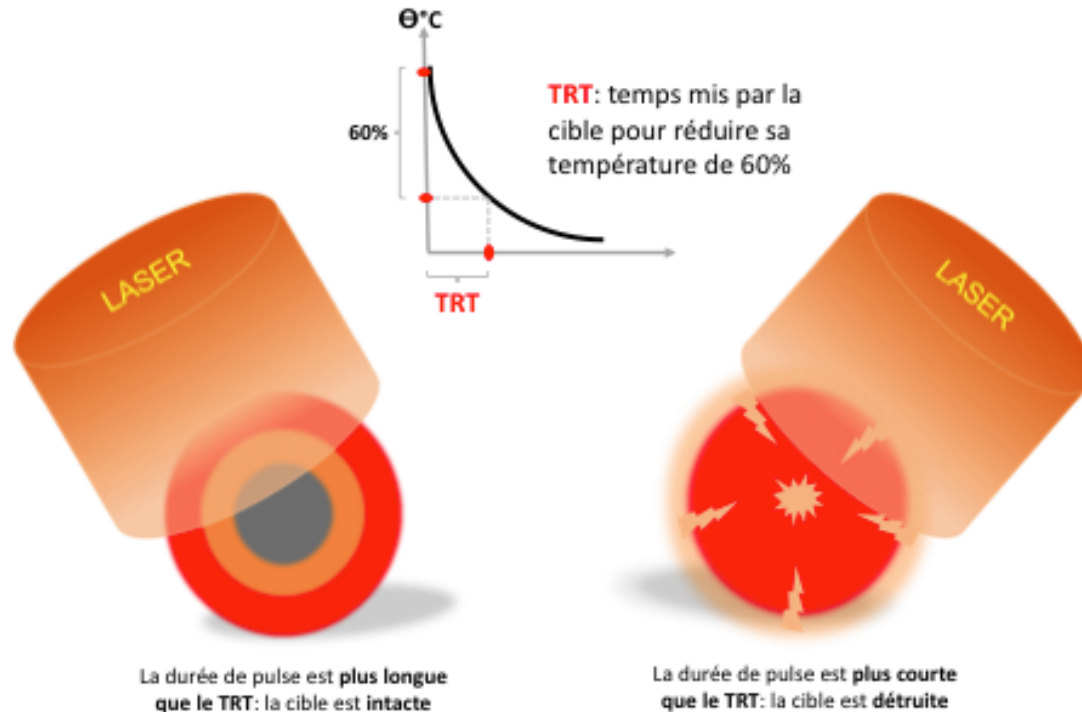
LONGUEUR D'ONDE interaction CHROMOPHORE

ENERGIE = CHALEUR

RENCONTRE PHOTON & CHROMOPHORE = ELEVATION DE
TEMPERATURE, DESTRUCTION OU STIMULATION de la CIBLE

C'est quoi un laser et comment ça marche ?

Notion de Temps de Relaxation Thermique



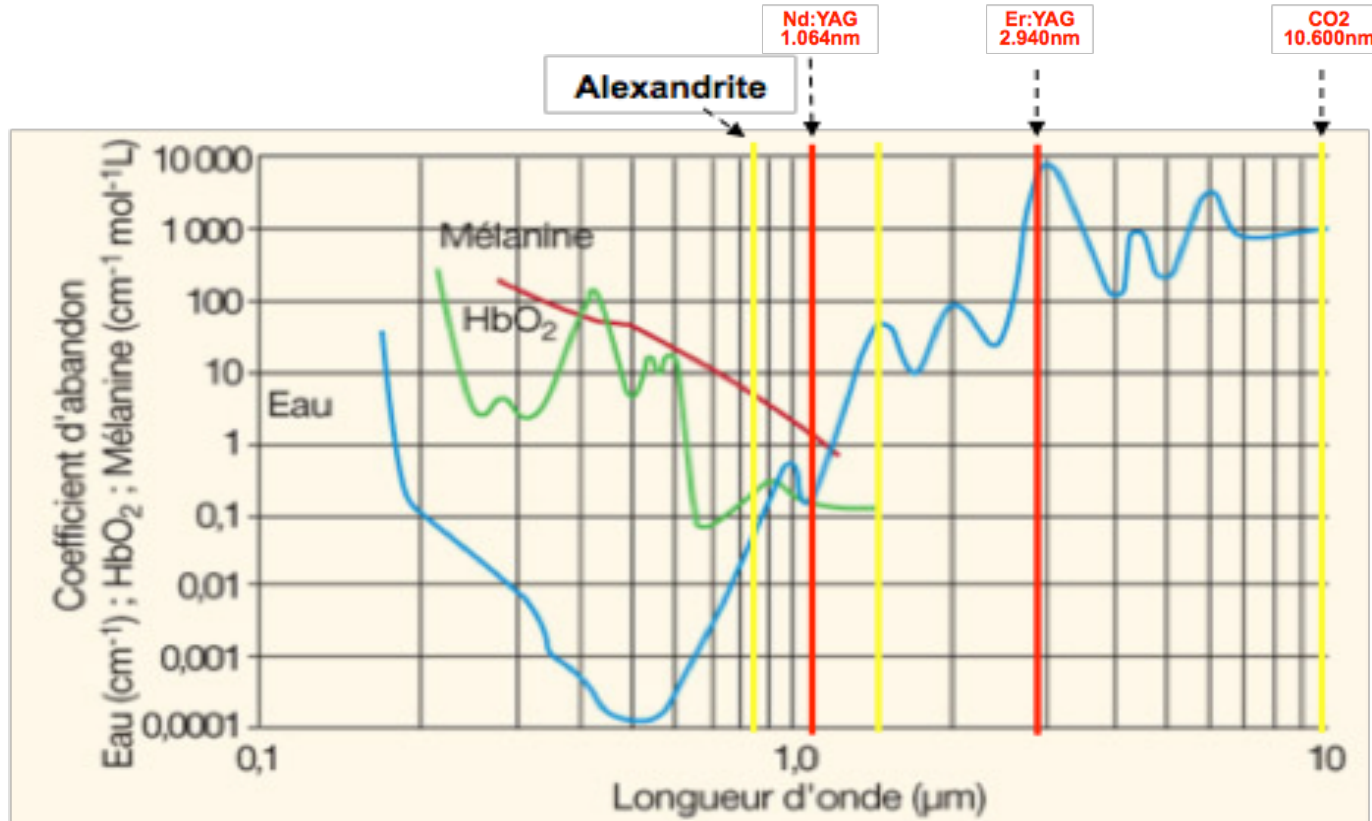
Le laser agit sur l'eau : pourquoi ? Comment?

L'effet du laser sur la muqueuse passe par son action sur l'eau

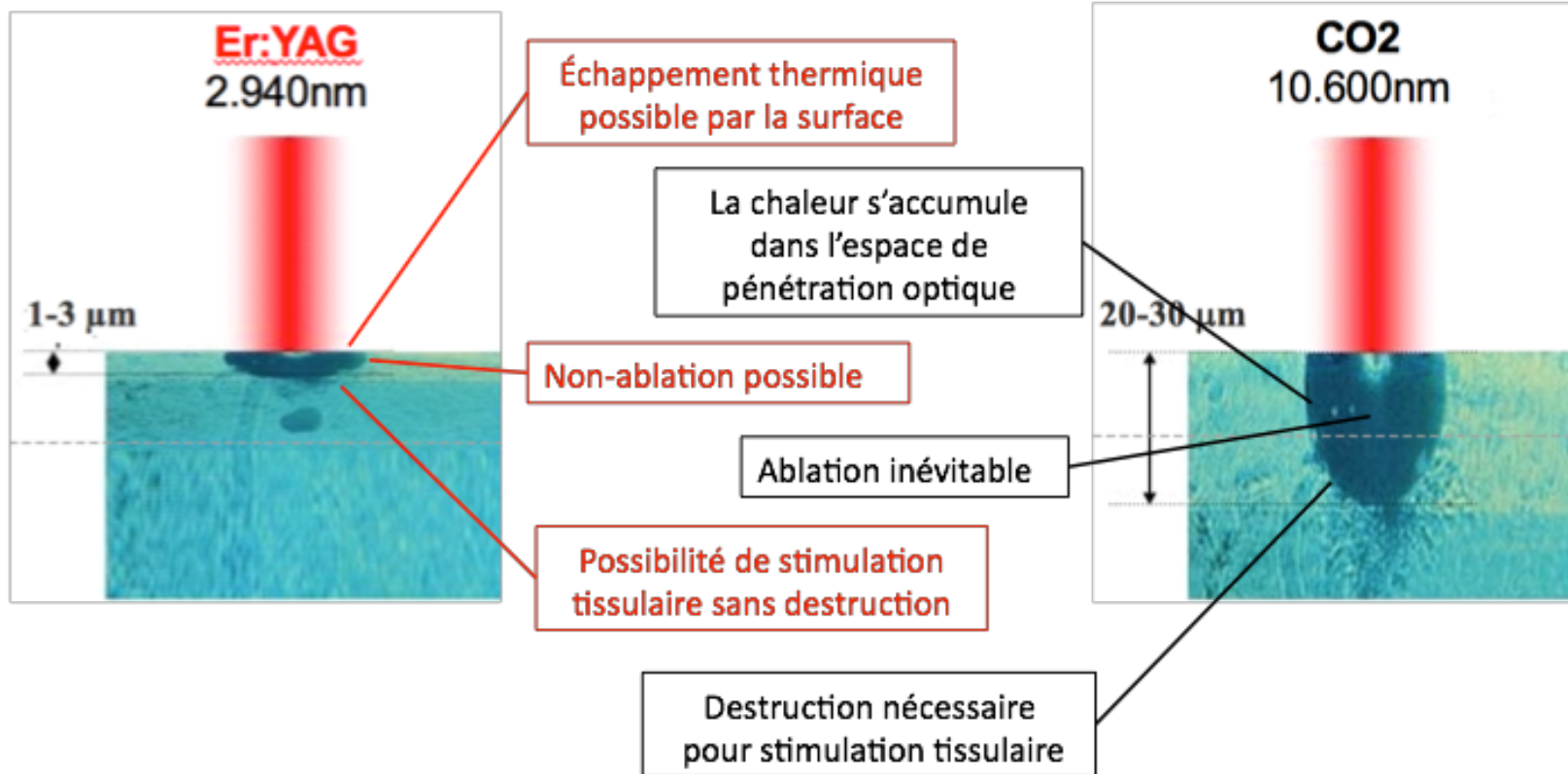
L'échauffement de l'eau par le laser est plus ou moins intense selon différents facteurs:

- Sa **longueur d'onde**: CO₂ (10.600nm), Er:YAG (2.940nm)...
- La **quantité d'énergie** apportée sur les tissus (Joules/cm²)
- La **durée de l'impulsion** du laser (micro-secondes, millisecondes...)
- Cet échauffement peut conduire ou non à une **ablation**
- Il s'ensuit un processus de **réparation** et de **stimulation tissulaire**
- On peut **souhaiter** l'ablation, ou la **redouter**...

Longueur d'ondes et cible des lasers



Effets tissulaires des longueurs d'onde.



LE YAG PEUT STIMULER SANS ABLATER LE CO2 ABLATE

Que nous promettent les lasers ?

LA REJUVENATION jeunesse (éternelle...?) vulvo-vaginale

Terme à bannir...polémique

- Incontinence urinaire
- Atrophie
- Sécheresse
- Prolapsus uro-génital
- Dyspareunie

Que dit la littérature ?

Aust N Z J Obstet Gynaecol 2018; 58: 148–162

ANZJOG

DOI: 10.1111/ajog.12735

REVIEW ARTICLE

The evidence for laser treatments to the vulvo-vagina: Making sure we do not repeat past mistakes

Sophia Song , Aaron Budden, Asha Short, Erin Nesbitt-Hawes, Rebecca Deans
and Jason Abbott

Accepted Manuscript

Title: LASER THERAPY FOR THE GENITOURINARY
SYNDROME OF MENOPAUSE. A SYSTEMATIC
REVIEW AND META-ANALYSIS

Authors: Eleni Pitsouni, Themis Grigoriadis, Matthew E.
Falagas, Stefano Salvatore, Stavros Athanasiou



PII: S0378-5122(17)30080-4
DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.maturitas.2017.06.029>



[International Urogynecology Journal](#)

May 2017, Volume 28, [Issue 5](#), pp 681–685 | [Site as](#)

Laser therapy as a treatment modality for genitourinary syndrome of menopause: a critical appraisal of evidence

Authors

Authors and affiliations

Angamuthu Arunkalavanan , Hervinder Kaur, Oseka Onuma

Que dit la littérature ?

Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO₂ laser compared with topical estriol in the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women

*Vera L. Cruz, MD,¹ Marcelo L. Steiner, MD, PhD,² Luciano M. Pompei, MD, PhD,²
Rodolfo Strufaldi, MD, PhD,² Fernando L. Afonso Fonseca, PhD,³ Lucila H. Simardi Santiago, MD, PhD,⁴
Tali Wajsfeld, MD,¹ and Cesar E. Fernandes, MD, PhD^{1,2}*

Que dit la littérature ?

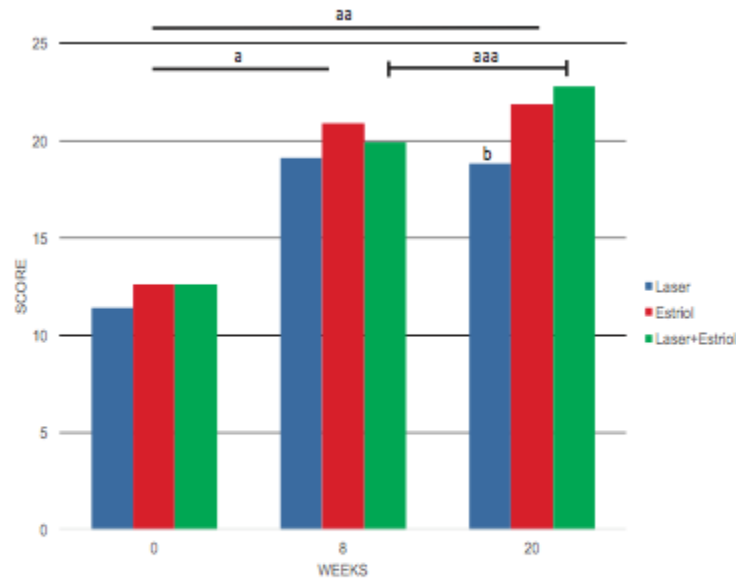


FIG. 2. VHI score of different treatment arms at multiple time-points. ^aWilcoxon test $P < 0.05$, all groups; ^{aa}Wilcoxon test $P < 0.001$, all groups; ^{aaa}Wilcoxon test, LE week 8 vs week 20, $P = 0.01$; ^bKruskal-Wallis test, L vs E and LE, $P < 0.05$; Friedman test for multiple time-points, $P < 0.001$, all groups.

Que dit la littérature ?

TABLE 2. Visual Analog Scale scores at 0, 8, and 20 weeks by treatment group

	Laser (n = 15)	Estriol (n = 15)	Laser + estriol (n = 15)	P ^a
Dyspareunia				
Baseline	4.9 ± 3.7	3.2 ± 3.4	6.5 ± 3.9	0.09
Week 8	2.9 ± 2.9	0.6 ± 1.7	2.5 ± 3.8	0.16
Week 20	0.7 ± 1.5	0.2 ± 0.6	0.9 ± 1.8	0.95
P ^b	0.01	0.058	0.009	
Dryness				
Baseline	8.0 ± 2.6	5.6 ± 2.9	7.9 ± 3.0	0.07
Week 8	3.6 ± 2.6	2.4 ± 2.0	3.3 ± 2.9	0.57
Week 20	1.4 ± 2.0	0.5 ± 1.4	0.3 ± 0.7	0.35
P ^b	<0.001	<0.001	<0.001	
Burning				
Baseline	3.9 ± 4.5	0.9 ± 1.6	4.9 ± 3.8	0.017 ^c
Week 8	1.0 ± 2.0	0.1 ± 0.5	1.2 ± 2.7	0.33
Week 20	0.5 ± 1.5	0.1 ± 0.3	0.4 ± 1.1	0.95
P ^a	0.02	0.51	0.002	

Intention-to-treat analysis. Items listed as mean ± SD. P values of 0.05 were considered statistically significant.

^aANOVA.

^bFriedman test.

^cLeast significant difference analysis showed group E vs LE and E vs L: P < 0.05.

All others: Visual Analog Scale (0-10, where 0 = no symptom and 10 = severe symptom).

TABLE 3. FSFI scores (individual domains and total) at 0, 8, and 20 weeks by treatment group

	Laser (n = 13)	Estriol (n = 14)	Laser + estriol (n = 15)	P
Desire				
Baseline	2.4 [1.5; 3.6]	2.4 [2.1; 3.6]	1.8 [1.2; 3.0]	0.19
Week 8	2.4 [1.8; 3.6]	2.4 [2.2; 3.6]	3.0 [1.2; 3.6]	0.99
Week 20	2.4 [1.8; 3.6]	3.0 [2.4; 3.6]	3.6 [1.8; 3.6]	0.76
P (baseline vs week 20) ^a	0.39	0.63	0.005	
Arousal				
Baseline	2.4 [1.4; 4.0]	3.6 [2.1; 4.8]	2.7 [1.5; 4.5]	0.66
Week 8	2.4 [1.4; 3.4]	3.1 [2.0; 4.9]	3.6 [1.8; 4.2]	0.35
Week 20	3.0 [1.5; 3.6]	4.0 [2.2; 4.6]	3.9 [1.8; 4.5]	0.68
P (baseline vs week 20) ^a	1.00	1.00	0.17	
Lubrication				
Baseline	4.2 [2.7; 5.0]	4.2 [2.8; 5.6]	2.7 [1.2; 4.2]	0.15
Week 8	2.7 [1.0; 5.1]	4.5 [2.0; 5.1]	4.2 [2.7; 5.4]	0.49
Week 20	3.0 [0.8; 4.5]	3.9 [2.9; 5.2]	3.6 [2.7; 4.8]	0.29
P (baseline vs week 20) ^a	0.24	0.58	0.02	
Orgasm				
Baseline	4.0 [2.0; 4.8]	4.2 [2.9; 4.7]	3.6 [1.2; 4.8]	0.68
Week 8	2.8 [0.6; 4.4]	4.0 [0.0; 6.0]	4.0 [1.6; 5.6]	0.60
Week 20	2.4 [0.0; 4.6]	4.2 [2.3; 6.0]	4.4 [2.8; 5.6]	0.14
P (baseline vs week 20) ^a	0.26	0.95	0.11	
Satisfaction				
Baseline	3.2 [1.6; 4.8]	4.8 [2.1; 5.7]	3.6 [1.2; 4.8]	0.46
Week 8	4.0 [1.4; 4.8]	4.8 [2.3; 5.7]	4.8 [2.8; 5.2]	0.40
Week 20	3.6 [1.4; 4.0]	4.6 [3.0; 5.7]	4.8 [2.8; 4.8]	0.13
P (baseline vs week 20) ^a	0.72	0.60	0.09	
Pain				
Baseline	4.4 [1.6; 5.6]	4.8 [2.2; 5.7]	2.4 [1.2; 3.6]	0.04^b
Week 8	2.0 [0.0; 4.4]	5.2 [0.0; 6.0]	3.6 [1.2; 4.8]	0.39
Week 20	2.0 [0.0; 3.6]	6.0 [3.9; 6.0]	2.8 [1.6; 5.6]	0.006^c
P (baseline vs week 20) ^a	0.04	0.16	0.02	
Total				
Baseline	18.6 [16.4; 24.6]	23.6 [17.5; 29.8]	18.7 [7.2; 22.6]	0.21
Week 8	18.0 [11.4; 20.7]	22.9 [8.4; 29.7]	22.6 [11.3; 26.3]	0.39
Week 20	14.4 [7.8; 22.4]	25.4 [16.8; 29.3]	23.6 [14.9; 28.6]	0.10
P (baseline vs week 20) ^a	0.26	0.56	0.02	

Items listed as median [interquartile range]. P values of 0.05 were considered statistically significant.

FSFI, Female Sexual Function Index.

^aPaired student *t* test.

^bLeast significant difference analysis: E vs LE, *P* < 0.05.

^cLeast significant difference analysis: E vs L, *P* < 0.05.

All others: ANOVA.

Recommandations canadiennes Avril 2018

1. Le ***laser vaginal peut être envisagé*** pour le soulagement ***à court terme*** des symptômes associés au ***syndrome génito-urinaire de la ménopause*** chez les patientes qui ***ne veulent pas ou ne peuvent pas*** (contre-indications) ***recevoir d'œstrogènes locaux*** (conditionnelle, basse).
2. On ne dispose ***pas de données probantes suffisantes pour considérer que le laser vaginal est équivalent aux œstrogènes locaux*** pour le traitement du syndrome génito-urinaire de la ménopause (atrophie vulvovaginale, symptômes touchant les voies urinaires inférieures, dysfonctions sexuelles) (forte, très basse).
3. On ne dispose ***pas de données probantes suffisantes pour offrir le laser vaginal de préférence aux autres options pour la prise en charge efficace de l'incontinence urinaire à l'effort***, comme la rééducation des muscles du plancher pelvien, les pessaires ou la chirurgie (forte, très basse).
4. ***L'utilisation à long terme du laser vaginal pour le traitement du syndrome génito-urinaire de la ménopause ou de l'incontinence urinaire à l'effort est encore expérimentale***; elle devrait être effectuée dans le cadre de protocoles d'essais cliniques bien conçus visant à en déterminer l'innocuité et l'efficacité (forte, très basse).
5. ***Le laser vaginal ne devrait pas être utilisé pour prévenir les infections urinaires récurrentes***, comme aucune étude n'appuie cette indication (forte, très basse).

Recommandations canadiennes Avril 2018

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

La prise en charge

Traiter la trophicité

→ Vestibule →
→ Vagin →

Rétablir la flore vaginale

→
→
→
→

Améliorer la vascularisation

Topiques locaux
Ac. Hyaluronique

Lactobacille

œstrogène

Laser

Phase 1 : Topique et Flore

Phase 2 : Estrogènes locaux

Phase 3 : Laser

EN PARLER !