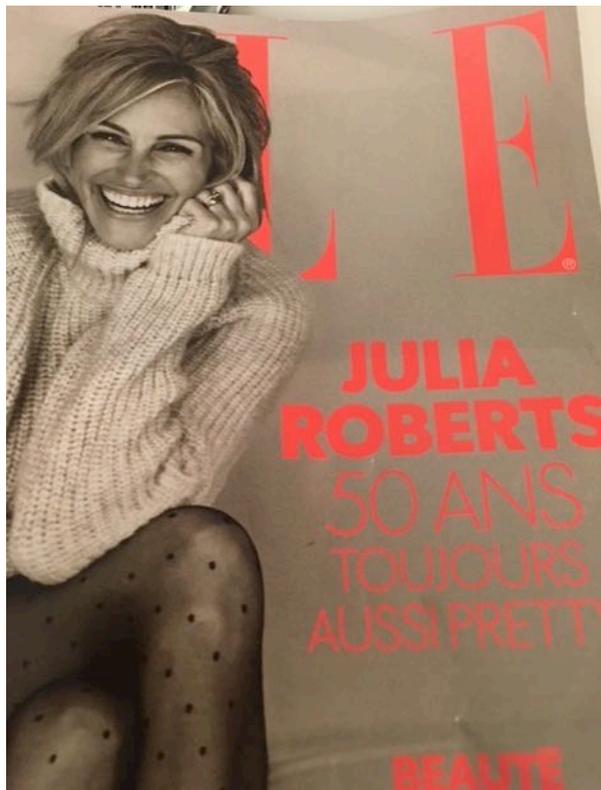




Sexualité et Ménopause



Brigitte Letombe
janvier 2018



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



Mais *Spectre* de la Ménopause

- 11.000.000 de femmes ménopausées en France avec une projection de 14.000.000 en 2020 INSEE
Leridon
 - > 400.000 femmes ont + de 50 ans chaque année en France
- une ménopause de + en + longue
 - Espérance de vie à 50 ans = 35 ans
- Et pourtant: Plus de règles intempestives abondantes douloureuses, plus de SPM, plus de souci contraceptif .
- Des femmes ménopausées de + en + concernées par leur sexualité

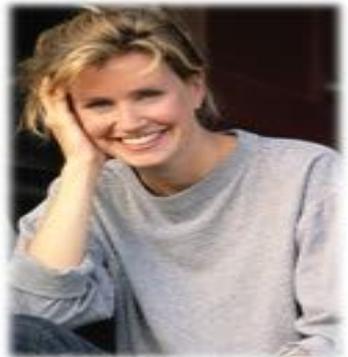
SEXUALITE et MENOPAUSE

- Evolution des mentalités / sexualité et âge
- Evolution de la prise en charge de la Ménopause

concept de la **Santé Sexuelle**

- Effets de la carence estrogénique (*et androgénique ?*)
- Vieillessement , Survenue de maladies chroniques
- Complexité de la sexualité féminine
- Influence du contexte et du ...**partenaire**

« Etat de bien-être physique émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités »(OMS)



Santé Sexuelle = Droit Humain essentiel
WHO Geneva 2011



Department of Health and Human Services
National Institutes of Health
National Heart, Lung, and Blood Institute

Période CRITIQUE

La femme à la cinquantaine se sent souvent en crise, fragilisée dans son corps comme dans ses représentations personnelles de la féminité, de la société, de la ménopause en général et de la sienne en particulier.

Temps de changements mais aussi du sentiment du temps qui passe de L'urgence : **c est maintenant ou jamais !**

Bien entendu les choses varient selon le roman familial de chacune.

La carence hormonale de la ménopause affecte-t-elle la vie sexuelle ?

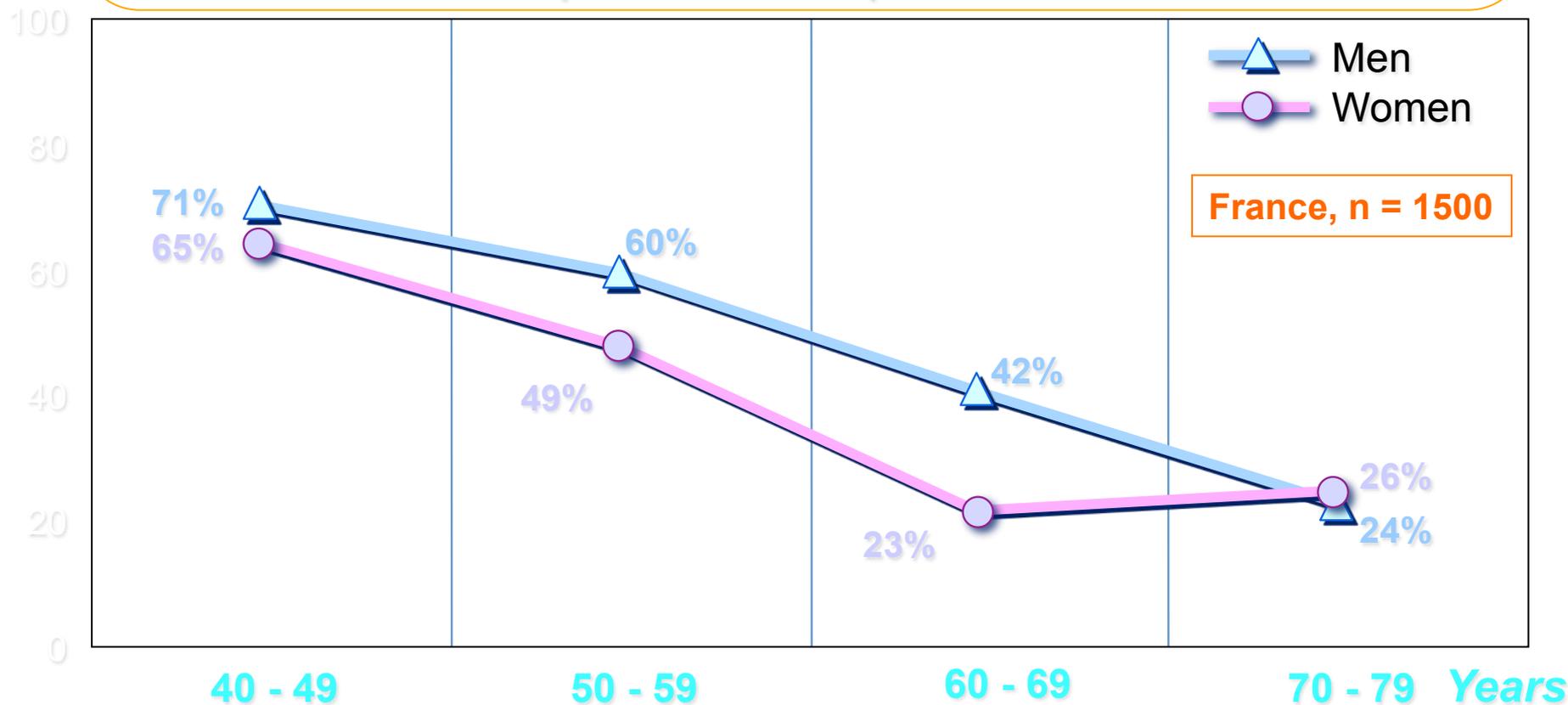
Comment et dans quelle mesure pouvons-nous y remédier par nos thérapeutiques ?

Peut-on encore avoir **une vie sexuelle à la ménopause et après ???**



De 40 à 79 ans, nombre de ceux qui ont des RS au moins 1 fois par semaine (n=26.000, 29 pays)

Proportion of respondents having reported they had sex at least once per week in the past 12 months



Evolution des mentalités

Enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France)

N. Bajos (Inserm) & M. Bozon (Ined);

Réalisée en 2006 auprès de 12 000

personnes interrogées par tél (18 à 69 ans) vivant en France ; méthodologie

idem enquête ACSF-1992; résultats complets de 03/2008

- **Hausse du nombre de partenaires déclarés**
- **Augmentation des rapports homosexuels**
- **Elargissement du répertoire des pratiques sexuelles**
- **Augmentation de l'activité sexuelle chez les femmes > 50 ans**

le nouvel **Observateur** nouvelobs.com

Exclusif

40 ans après Mai 68,
l'enquête scientifique qui dit tout sur

la nouvelle sexualité des Français

« Plus d'exaltation à 60 ans qu'à 30 ! »

Sexygénéralistes toujours verts

Les baby-boomers font sauter les tabous. Leur mot d'ordre : il n'y a pas d'âge pour le plaisir

Les people qui aiment sans compter

« La plupart des hommes se demandent à quoi leur femme ressemblera dans vingt ans... moi, je le sais déjà », déclarait récemment Ashton Kutcher, 30 ans, à propos de sa femme Demi Moore, 46 ans. Comme eux, de nombreuses personnalités assument, et même revendiquent leur « décal'âge ».

Claire Chazal et Arnaud Lemaire

Elle: 52 ans.

Lui: 35 ans.

Halle Berry et Gabriel Aubry

Elle: 42 ans.

Lui: 32 ans.

Madonna et Guy Ritchie

Elle: 50 ans.

Lui: 40 ans.

Susan Sarandon et Tim Robbins

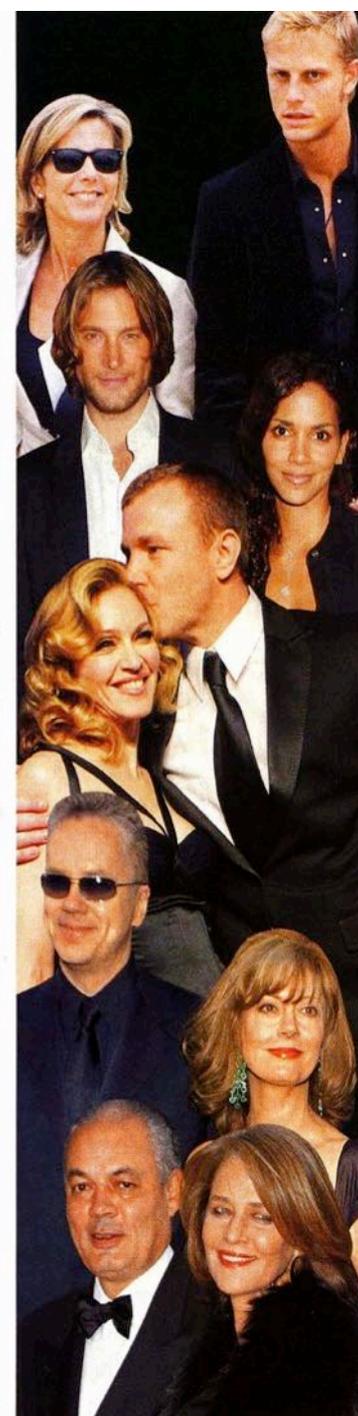
Elle: 62 ans.

Lui: 50 ans.

Charlotte Rampling et Jean-Noël Tassez

Elle: 62 ans.

Lui: 52 ans.



Marion Feutry

Davantage de difficultés sexuelles après la ménopause ?

- *Castelo Blanco et al, 2003 / Blumel et al, 2004*
- Augmentation de
 - prévalence des troubles de l'excitation (*Dennerstein et al / Yannez et al*)
 - troubles du désir (*Dennerstein et al, 2006 / leiblum et al 2006*)
- déclin des œstrogènes circulants et ↘ hydratation des voies vaginales,
 - inconfort et sécheresse (*Dennerstein et al 2007 / levine 2008*)
 - infections urinaires récurrentes (*Raz et al, 1993*).
 - Douleurs et ↘ rythme des relations sexuelles (*Thomas et al 2011*).
 - **La brutale remise en cause des traitements substitutifs hormonaux de la ménopause depuis 2002 +++**

Ou plutôt moins de difficultés ?

- La sexualité reste vivace longtemps après la ménopause (*Jagus & Benbow, 2002; Lindau et al., 2007*)
- la prévalence des difficultés sexuelles ne semble pas augmenter avec l'âge comme pour les hommes
 - *Kadri et al, 2002 / Laumann et al, 1999 / Fugl Meyer 1999, et 2003 / Johnson et al 2004 / Najman et al 2003.*
- la sexualité féminine semble s'améliorer avec l'âge, en amenant la guérison des troubles de l'excitation ou de l'orgasme
 - *Kadri et al, 2002/ Richters et al, 2003 / Laumann et al, 1999/ Cain et al, 2003 / Barlow 1997 / Johnson et al, 2004/ Najman et al 2003, Trompeter 2012).*
- Trompeter et al, 2012 (n=806 / 55-80y)
 - La plupart des femmes qui conservent une sexualité active (405 sur 806) sont satisfaites ou très satisfaites de leur sexualité (78%)
- **Variabilité +++de la transition ménopausique**

Désir et plaisir après la ménopause



La sublimation



la mamie-attitude

Grands-mères : mode d'emploi



- Abandon actif de la sexualité
- nouveaux investissements plus gratifiants
 - petits enfants
 - vie sportive, associative ...
- Svt sexualité de couple peu investie auparavant
 - Absence de partenaire... *MH Colson*

Désir et plaisir après la ménopause

Déficit narcissique insupportable

- Régression affective et libidinale (Freud & Ferenczy)
- désinvestissement d'objet
- Hyperconsommation
- Hyperactivité sexuelle défensive



La
surcompensation



Désir et plaisir après la ménopause

L'abandon, la décompensation

- abandon passif et douloureux
- autocastration préventive (Abraham & Pasini, 1975)
- Pour qui ?
 - Crise narcissique mal compensée
 - Sentiment d'identité faible
 - Peu d'investissements extra-familiaux
 - Bilan de vie difficile
 - Angoisse du temps qui passe
 - pas de nouveaux investissements
- dépression, tr. de l'humeur
- Poly-somatisations

MH Colson



Persistance de freins à la Cs

- **Les femmes** ne consultent pas pour une DSF
- Elles pensent que c'est normal avec l'âge
- Elles se sentent gênées d'aborder le sujet
- Elles pensent que cela ne relève pas de la médecine et que « le médecin serait incapable de les aider. »

(Buvat 2009, Schifren 2009, Utian 2013)

Persistance de freins en Cs

Etude sur la dysfonction sexuelle féminine auprès de 445 gynécologues :

- Quand le problème n'est pas évoqué c'est, **selon le médecin** :
 - par peur de gêner la patiente (68%)
 - par manque de solution thérapeutique (64%)
 - par manque de temps (61%)
 - par manque de formation (51%)

“les rapports sont ils satisfaisants?...”

Santé sexuelle est du domaine médical

- Son évaluation par le médecin fait partie intégrante des soins à offrir (*SOGC 2003*)
- Evaluation dans la Qualité de Vie
- **Transition ménopausique propice à l'instauration d'un dialogue.**

Situations cliniques variables

Lors de l'installation de la ménopause :

- Trouble sexuel presque accessoire au sein d'un syndrome climatérique important : demande d'aide fonctionnelle « urgente »
- Trouble sexuel quasi isolé débutant avec la ménopause
- Ménopause (alibi) occasion saisie de parler de difficultés sexuelles anciennes

Perception de la sexualité à la ménopause

Etude EO. Laumann (2004; n = 26 000, 29 pays, 40-80 ans) :
⇒ Les femmes pensent que leur intérêt pour la sexualité doit diminuer avec l'âge

A quel âge ?

- 40-49 ans : 51%
- 50-59 ans : 53%
- 60-69 ans : 65%

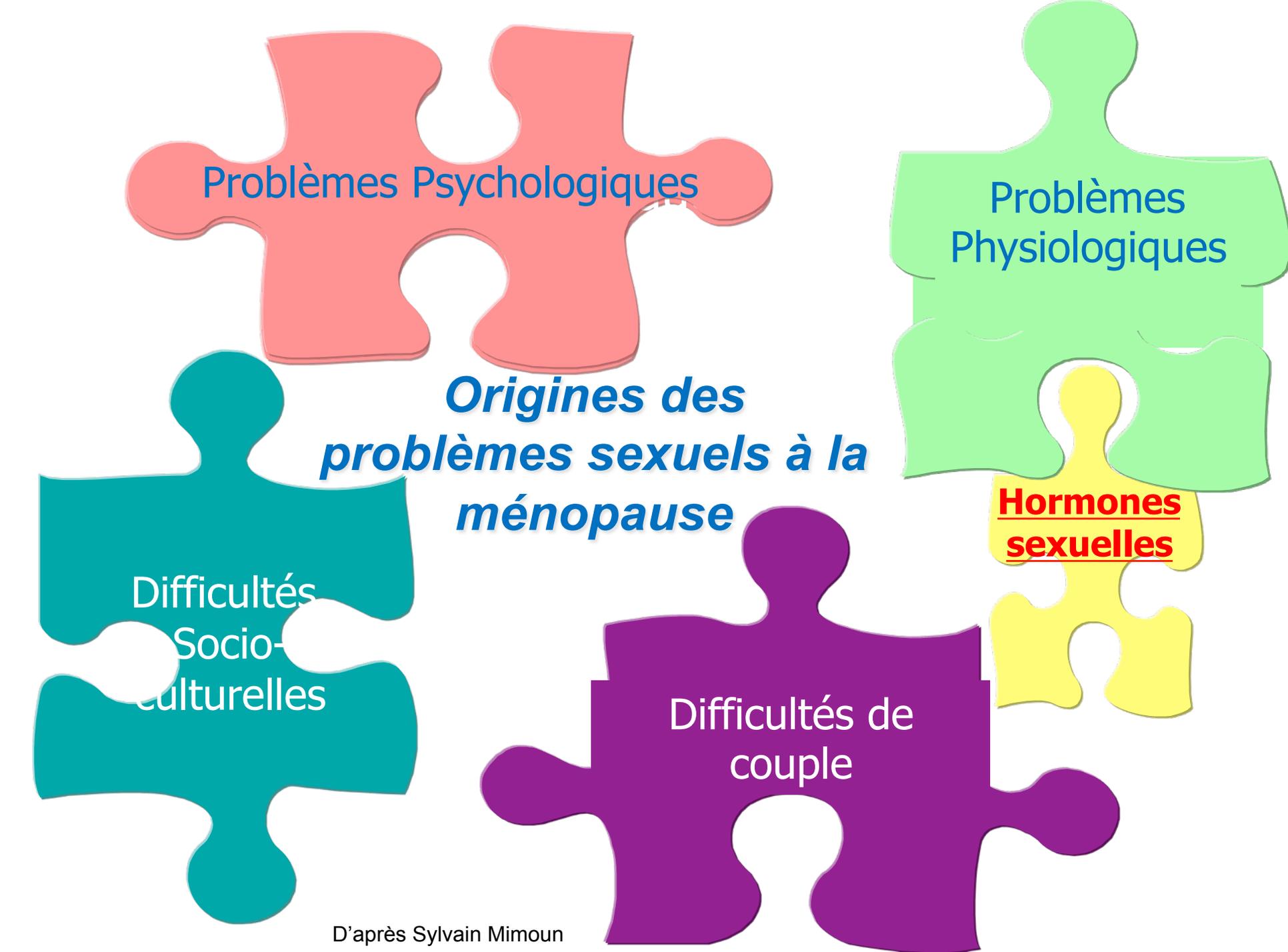


Vers 60-64 ans



Vers 70-74 ans

Vieillessement objectif : souvent moins opérant que l'idée que l'on s'en fait pour SOI.



Problèmes Psychologiques

Problèmes
Physiologiques

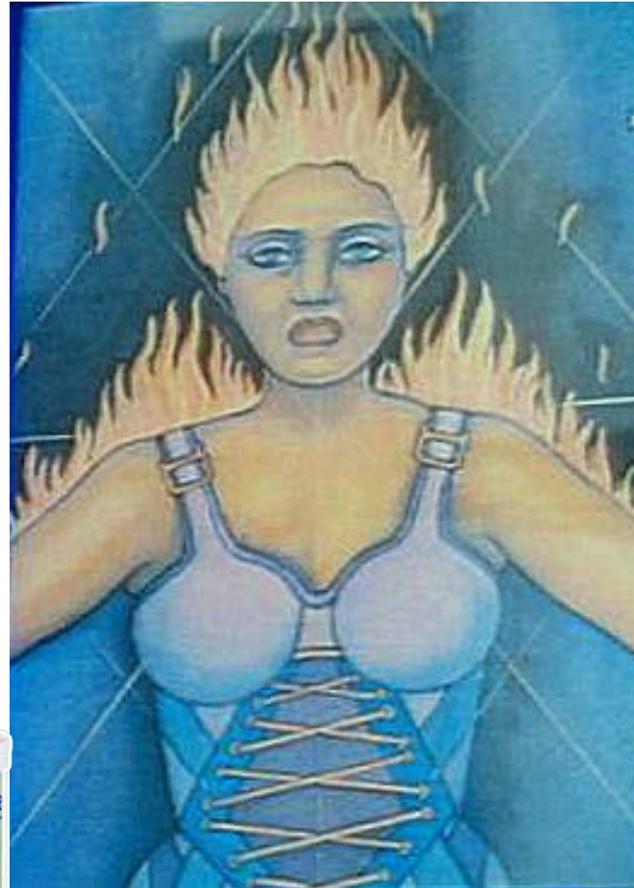
***Origines des
problèmes sexuels à la
ménopause***

**Hormones
sexuelles**

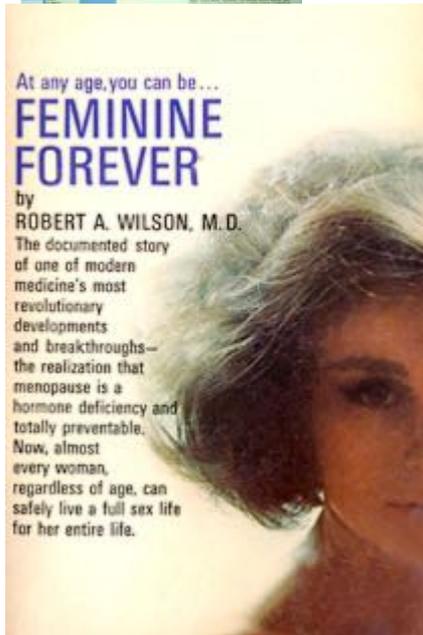
Difficultés
Socio-
culturelles

Difficultés de
couple

Évolution des Idées sur le THM



TISANE DE SAUGE



De 1966 à 2018...
Grandeur et décadence du THM

Marché THM en France

WHI

MWS



Reco HAS 2006: « symptomatologie climatérique altérant la qualité de vie; dose minimale efficace ,aussi longtemps que durent les symptômes »

CT 2014 : maintien du remboursement



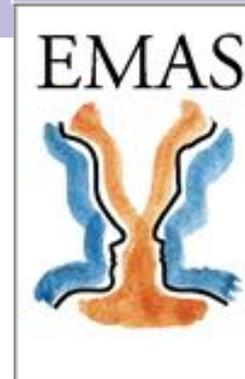
International Menopause Society

promoting education and research on all aspects of adult women's health

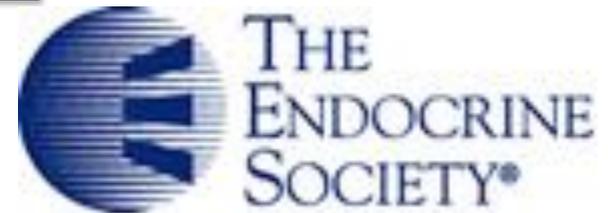
www.imsociety.org



**AMERICAN SOCIETY FOR
REPRODUCTIVE MEDICINE**



Consensus Statement on MHT 9/11/12



Sd Climatérique et ses conséquences



Anxiété



Maux de tête



Prise de poids



Grignotage

Bouffées de chaleur

Troubles du sommeil

Stress / Irritabilité



Répercussions vie personnelle et ... travail ,vie de famille ,couple **SEXUALITE**

Les symptômes liés à la péri-ménopause ou ménopause touchent les femmes de 45 à 50 ans et persistent après 60 ans

	Ensemble	45 à 50 ans	61 à 65 ans
<i>Base</i>	1001	207	291
Au moins un symptôme « ménopause »	82%	94%	73%
Des bouffées de chaleur	60%	64%	53%
Des sueurs nocturnes	46%	51%	35%
Une prise de poids (effective ou sensation)	41%	40%	38%
Des troubles du sommeil	30%	36%	23%
Des changements d'humeur	28%	38%	21%
Une sécheresse vaginale	27%	26%	30%
Des coups de fatigue	27%	35%	24%
Une baisse du désir sexuel	26%	34%	21%
Des cycles irréguliers	16%	33%	7%
Des douleurs articulaires	14%	17%	11%
Des problèmes de peau	11%	10%	10%
Des maux de tête/ migraines	11%	17%	5%
Des troubles de la mémoire	9%	12%	8%
Des troubles urinaires (fuites, infections)	9%	10%	7%

Q8. Parmi les symptômes suivants, quels sont ceux que vous avez identifiés comme liés à la péri-ménopause ou la ménopause ?

Modifications de la sexualité à la ménopause

*Information nécessaire sur **modifications physiologiques ,physiques et biologiques**
(**Carence hormonale + vieillissement**)*

*mais aussi Influence des facteurs **psychologiques ,familiaux ,conjugaux et socioculturels**,*

Altération image corporelle

Peau - silhouette

Attitude négative des sociétés occidentales

Cinquantaine = Période difficile

Changements de la cellule familiale

Chaque femme = Cas particulier

Influence de l'environnement

Rôle du partenaire +++

DS loin de n'être corrélées qu'à l'âge et à la carence hormonale

- **troubles de l'humeur** (Pisani, 1998)
 - dépression, fatigue ou burn out, troubles de l'estime de soi (Kuffel 2006 /castelo blanco 2007)
- **divers problèmes de santé** (Dennerstein et al 2006/ Lindau 2007)
limitant l'activité en général et l'activité sexuelle en particulier.
- **Habitudes sexuelles antérieures** (Weeks, 2002)
- **Sentiments pour le partenaire** (MWMHP Dennerstein 2005)
- **capacité à modifier ses scripts sexuels** et à déculpabiliser des attitudes sexuelles diversifiées (Allen et al, 2008, Colson 2007)

Modifications de la sexualité à la ménopause

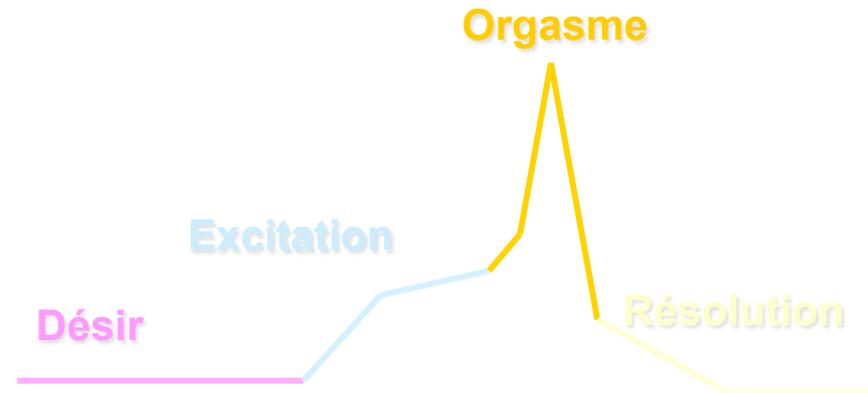
Troubles de la réponse sexuelle

- Troubles du désir
 - Insuffisance de désir sexuel (DSH)
 - Anhédonie (rare)

- Troubles de la phase d'excitation

- Génitale
- Subjective
- Mixte

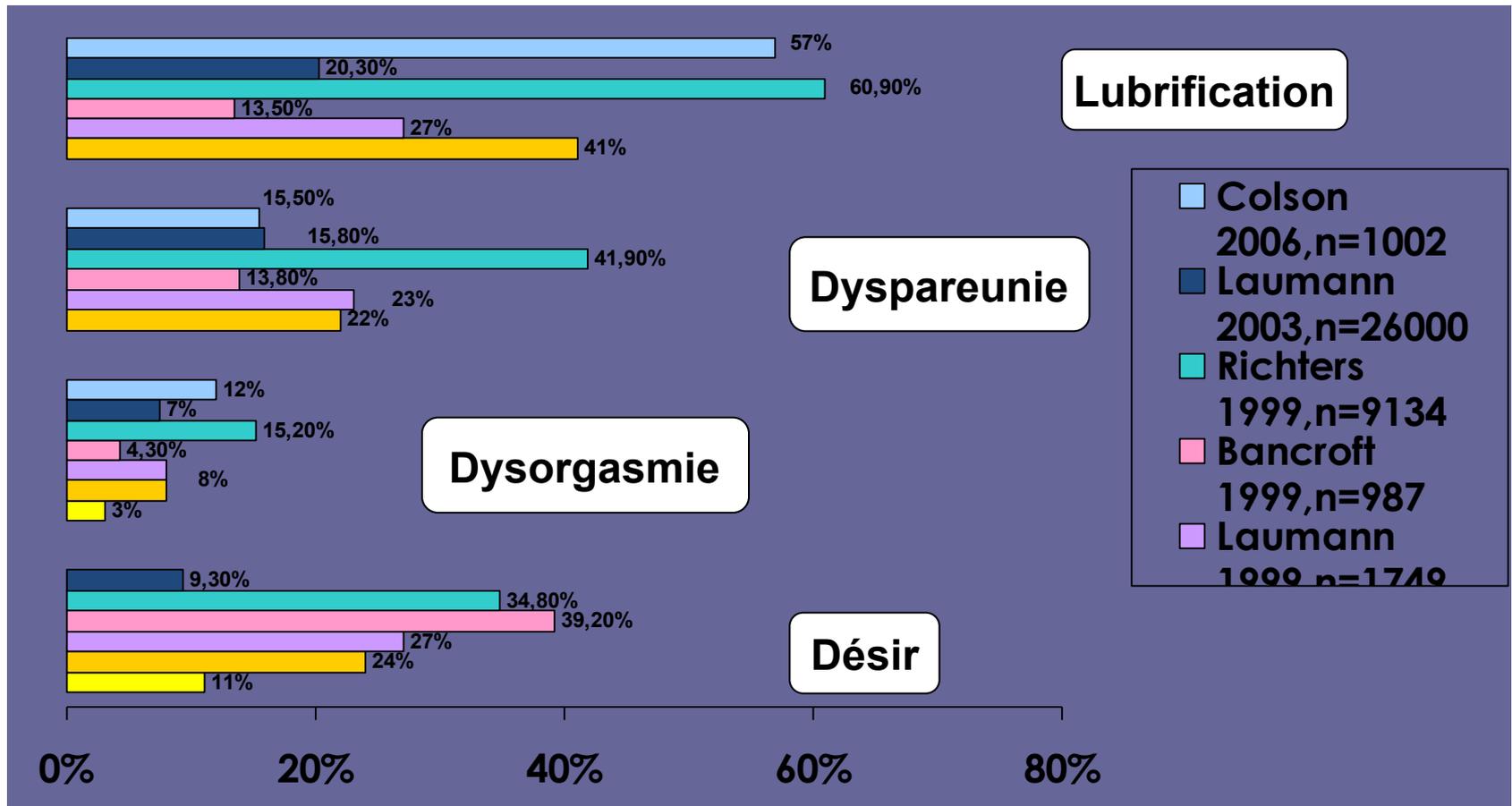
- Anorgasmie
 - Partielle, complète



- Douleurs sexuelles
 - Dyspareunies
 - Vaginisme

Modifications de la sexualité à la ménopause

Difficultés sexuelles chez les 50-59 ans : grande disparité des résultats



Carence Œstrogénique

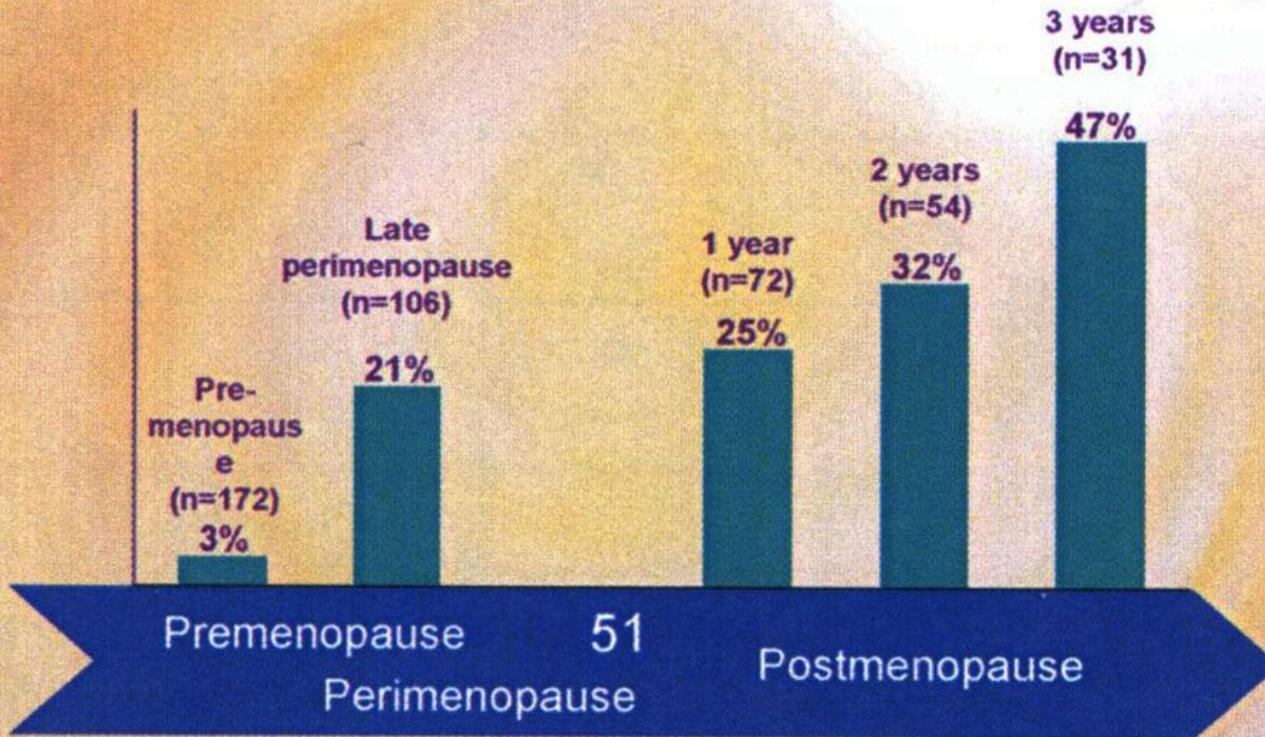
Syndrôme Climatique

- Bouffées de chaleur, Peau sèche Troubles de l'humeur,insomnie arthralgies

Sphère Génito Urinaire

- (F élastiques, collagènes et vascularisation du tractus GU,atrophie,PH>)
- **Cystalgie ,incontinence urinaire...**
- **VVA,Sécheresse vaginale ,dyspareunie**
- **Correlation directe DSF et taux d E2**
(Dennerstein 2002 ,Doppler clito ;Sarrel 1990))

VAGINAL DRYNESS & MENOPAUSE



Dryness increased significantly in late perimenopause and postmenopause ($p < 0.001$)

Carence Androgénique

- Les femmes jeunes et en bonne santé en produisent environ 100-400 µg/jour
 - ≈ 5 % de la production de testostérone quotidienne de l'homme
- La moitié provient des ovaires tandis que l'autre moitié est produite par les glandes surrénales
- **La baisse des taux d'androgène contribue au déclin du désir sexuel, de l'excitation et de l'orgasme.**
- La baisse des taux d'androgène affecte également
 - Le bien-être général
 - L'énergie
 - L'humeur
 - La physiologie osseuse
 - La masse musculaire
 - Les bouffées de chaleur

Burger HG. Fertil Steril 2002;77, No 4, Suppl 4:S3-S5

Mazer NA. Int J Fertil 2002;47(2):77-86

Soules MR, et al. Endocr Rev. 2003;24:152-182

Qu est-ce que le désir sexuel?

du point de vue neurobiologique :

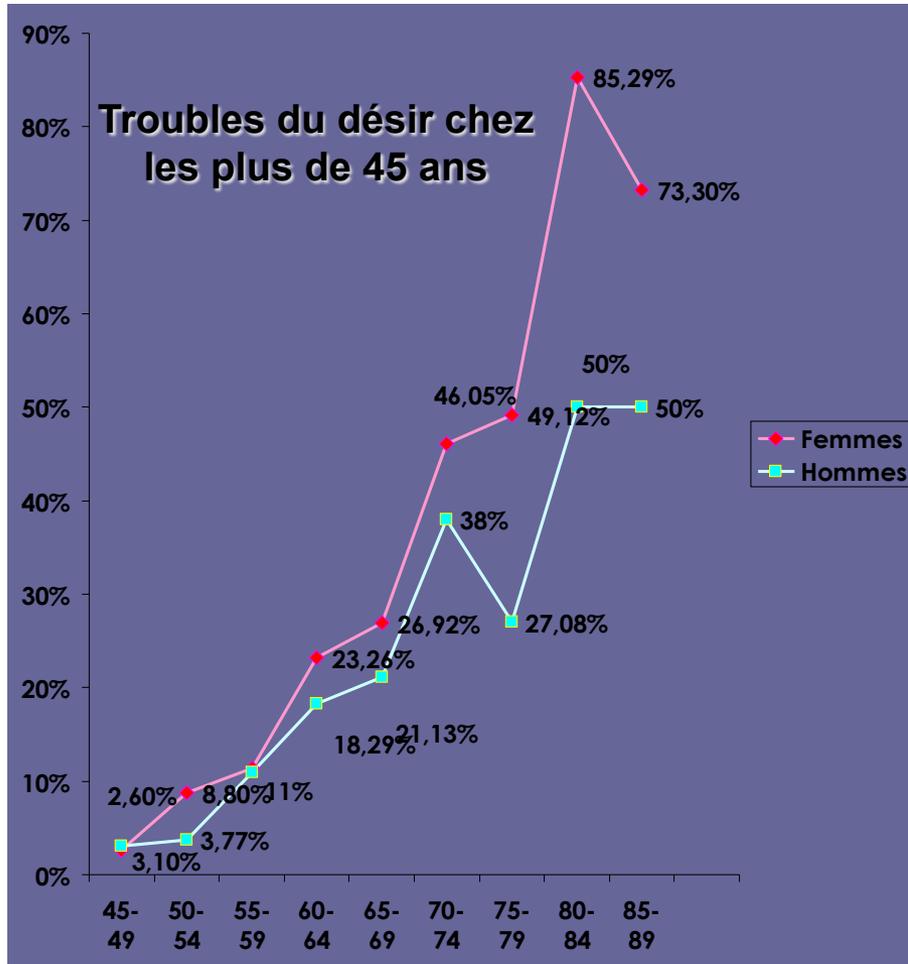
Le résultat d'une fonction interactive et associative des neurones qui induit le besoin et le désir de se comporter sexuellement



Graziottin et Al. FSD section
In: Porst & Buvat (eds): Standard Practice in Sexual Medicine
Blackwell, Oxford, 2006

www.alessandragraziottin.it

Modifications de la sexualité à la ménopause



Sexualité, une donnée importante même quand le désir diminue :
60% des femmes ayant un score de désir faible, s'accordent à dire que la sexualité reste un élément important de leur qualité de vie et de couple

Taux moyen des stéroïdes chez la femme – valeurs converties en pg/mL

Stéroïde	Age de Reproduction	Ménopause naturelle	Ménopause iatrogénique
Estradiol	100-150	10-15	10
Testostérone	400	290	110
Androstène dione	1900	1000	700
DHEA	5000	2000	1800
DHEAS	3.000.000	1.000.000	1.000.000

DSH: Désir Sexuel Hypoactif

Définition du DSM IV

Déficiences (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes d'ordre sexuel et de **désir d'activité sexuelle**. Ce trouble engendre une **détresse** marquée et des difficultés relationnelles.

- Caractéristiques:
 - Baisse du désir
 - Durable dans le temps
 - Difficultés relationnelles

Causes possibles de baisse du désir sexuel associée à une souffrance psychologique

Principales causes biologiques

- ◆ Age
- ◆ Hormones
 - Baisse des androgènes
(i.e. ovariectomie)
 - Hypothyroïdie
- ◆ Troubles psychiatriques
- ◆ Handicap
- ◆ Maladie chronique
- ◆ Médicaments
 - ISRS
 - Anti-hormones
 - Anti-hypertenseurs
 - Chimiothérapie

Causes Psychologiques

- ◆ Problèmes relationnels partenaire
- ◆ Problèmes personnels
 - image de soi
 - image du corps
 - anxiété de performance
 - inexpérience
 - abus sexuel
 - stress

Causes socio-culturelles

- ◆ Bas niveau socio-économique
 - ◆ Conditions de travail
 - ◆ Normes sexuelles
 - ◆ Éducation

La ménopause chirurgicale en France

- Actuellement, environ **1 million de femmes** ménopausées chirurgicalement en France (âgées de 20 à 74 ans)
- Environ **1 femme sur 2** rapporte une baisse de sa libido après ménopause chirurgicale, même sous œstrogénothérapie adéquate
- Après ménopause chirurgicale, **les taux de testostérone chutent environ de moitié**

1. Mattson Jack Group. Epidemiology of surgical menopause, 2004.

2. Nathorst-Böös J, et al. *Gyn Obstet Invest* 1992;34:97-101.

3. Zussman L, et al. *Am J Obstet Gynecol* 1981;40:725-9.

4. Judd HL, et al. *JCEM* 1974;39:1020-4..

5. Simon J, et al. *Menopause* 1999;6:138-46.

6. Leiblum SR. *European Federation of Sexology*, 2004.

OVAIRE ?

... OVER!



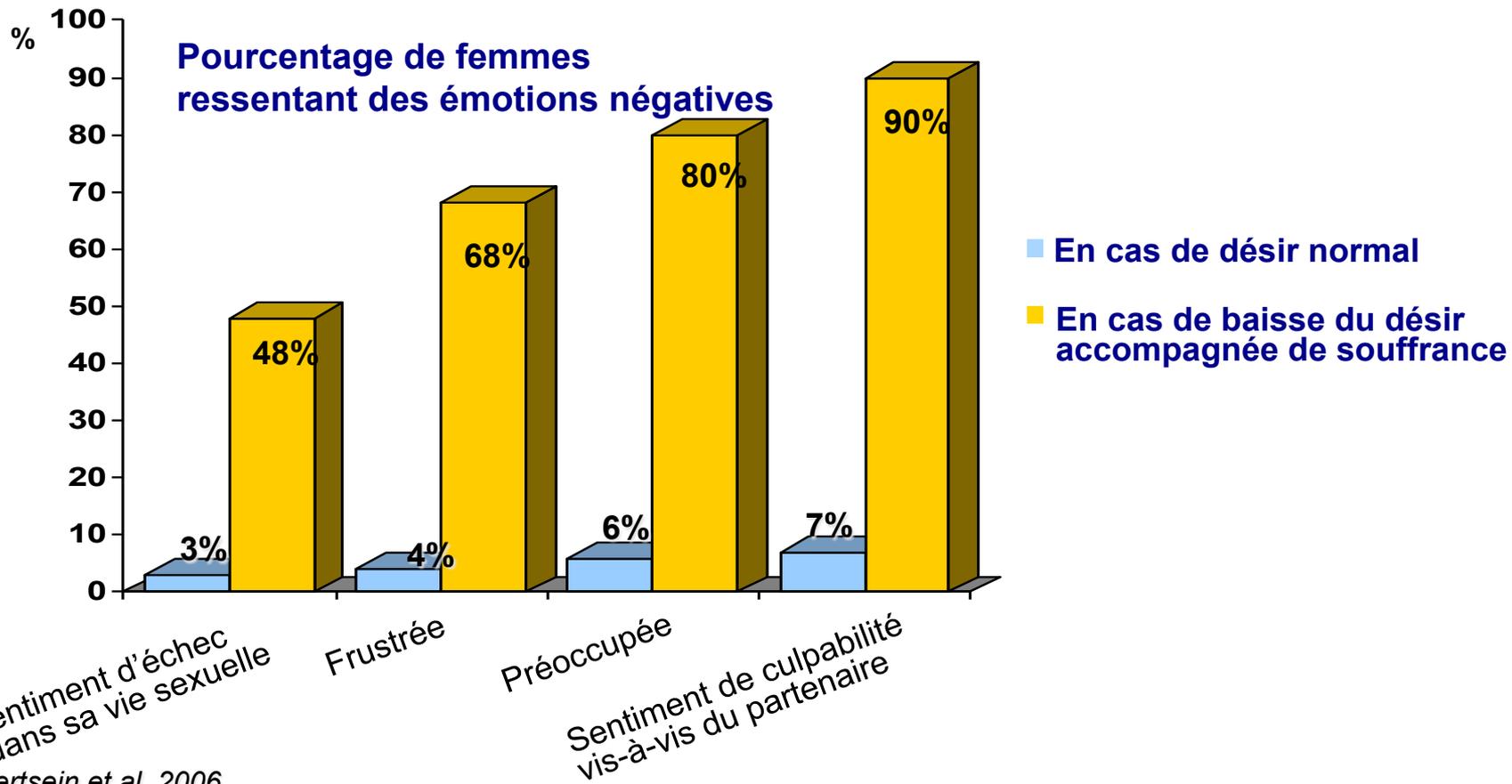
Prévalence des femmes hystérectomisées à 50 ANS en EUROPE

	France	Italie	Royaume-Uni	Allemagne	Pays-Bas
Taux d'hystérectomies	14 %	15 %	32 %	35 %	46 %

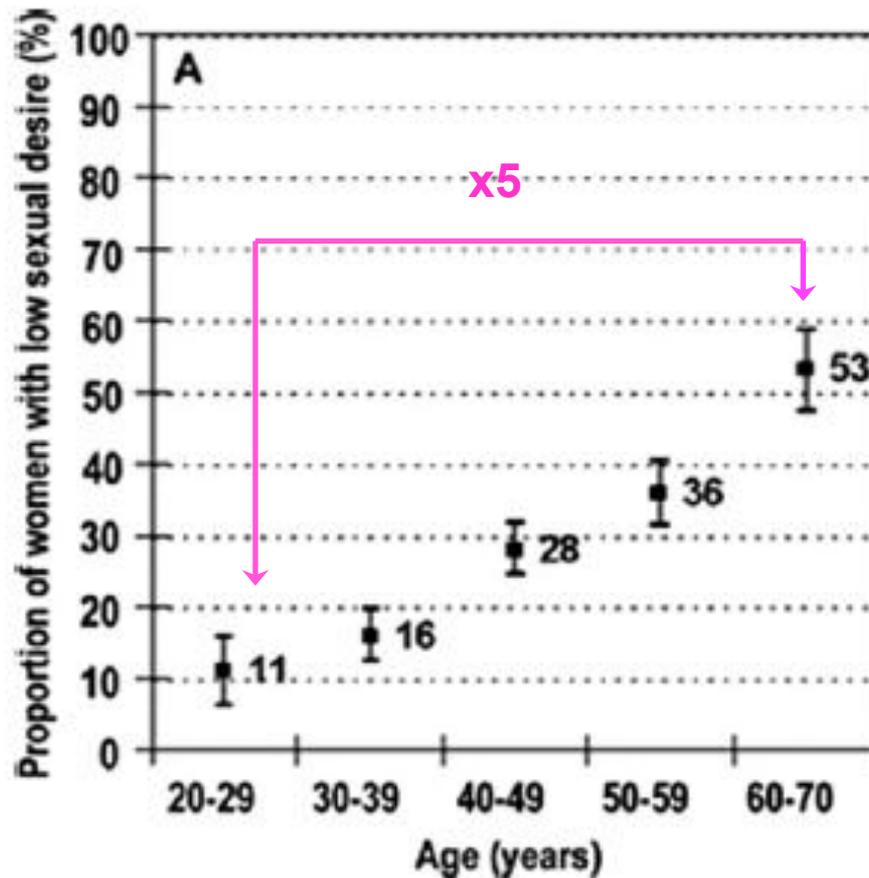
France : 70 000 hystérectomies/an

Modifications de la sexualité à la ménopause

Baisse du désir sexuel : impact sur le bien-être et la vie relationnelle de la femme

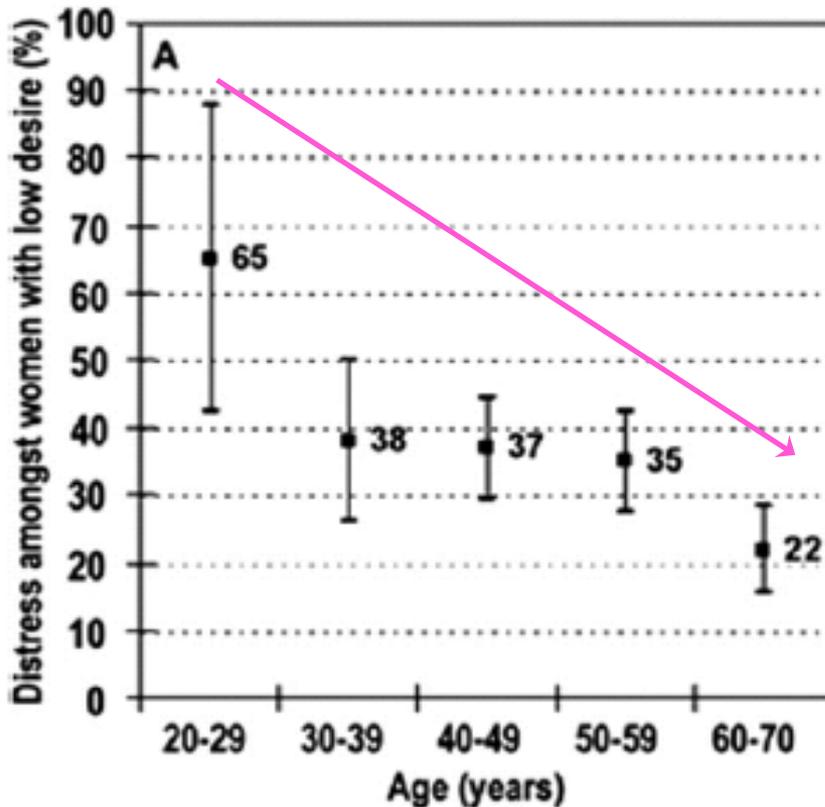


Proportion des femmes ayant une baisse de désir sexuel dans la population générale en Europe



n=1879

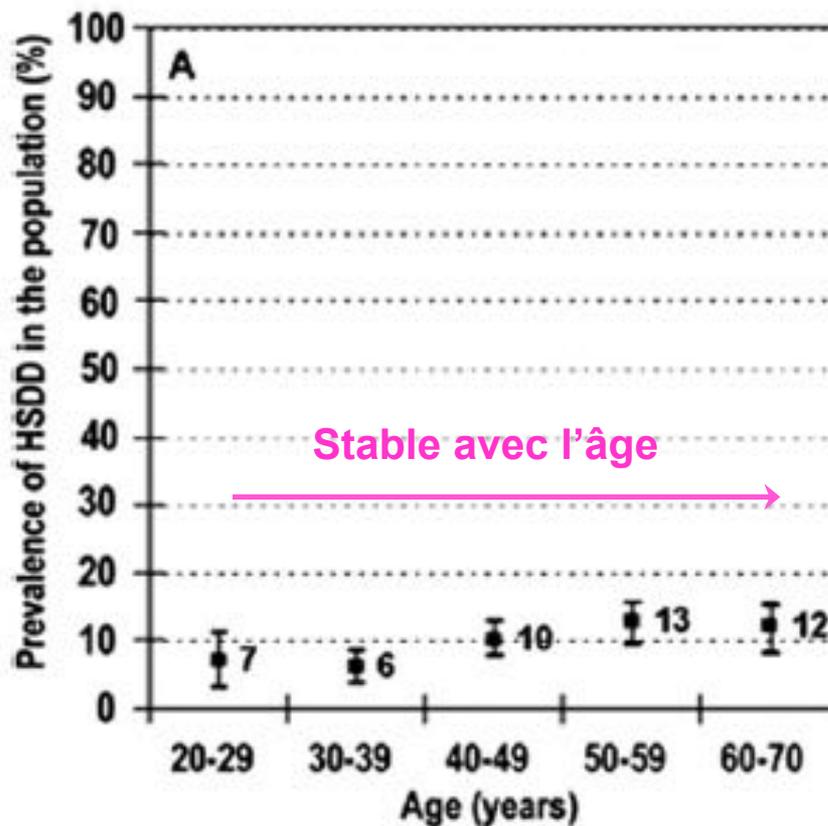
Souffrance psychologique des femmes ayant une baisse de désir sexuel en Europe



n=554

décroissance de la souffrance psychologique avec l'âge

Proportion des femmes ayant un HSDD dans la population générale en Europe



n=1879

HSDD = association de baisse de désir sexuel et souffrance psychologique



Aucun changement dans la prévalence du HSDD avec l'âge

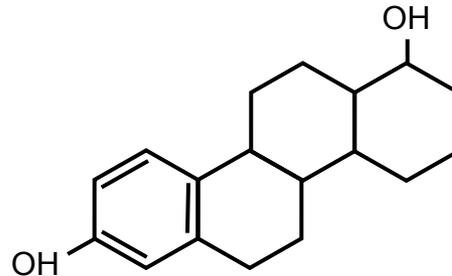
Libido : différents impacts des estrogènes

Effet Domino



Action cérébrale

- Récepteur à E2
- Effet I.M.A.O.
- Effet sur les neuromédiateurs (Sérotonine, Dopamine, Histamine, etc...)



Action périphérique

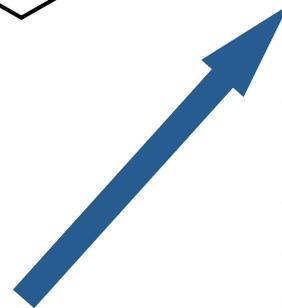
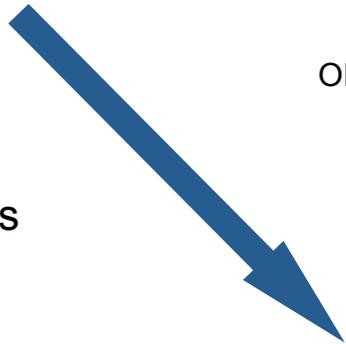
- Trophicité cutanée et vulvovaginale
- Lubrification vaginale
- Réceptivité mammaire
- Augmentation du flux sanguin, etc...

Action sur la qualité de vie

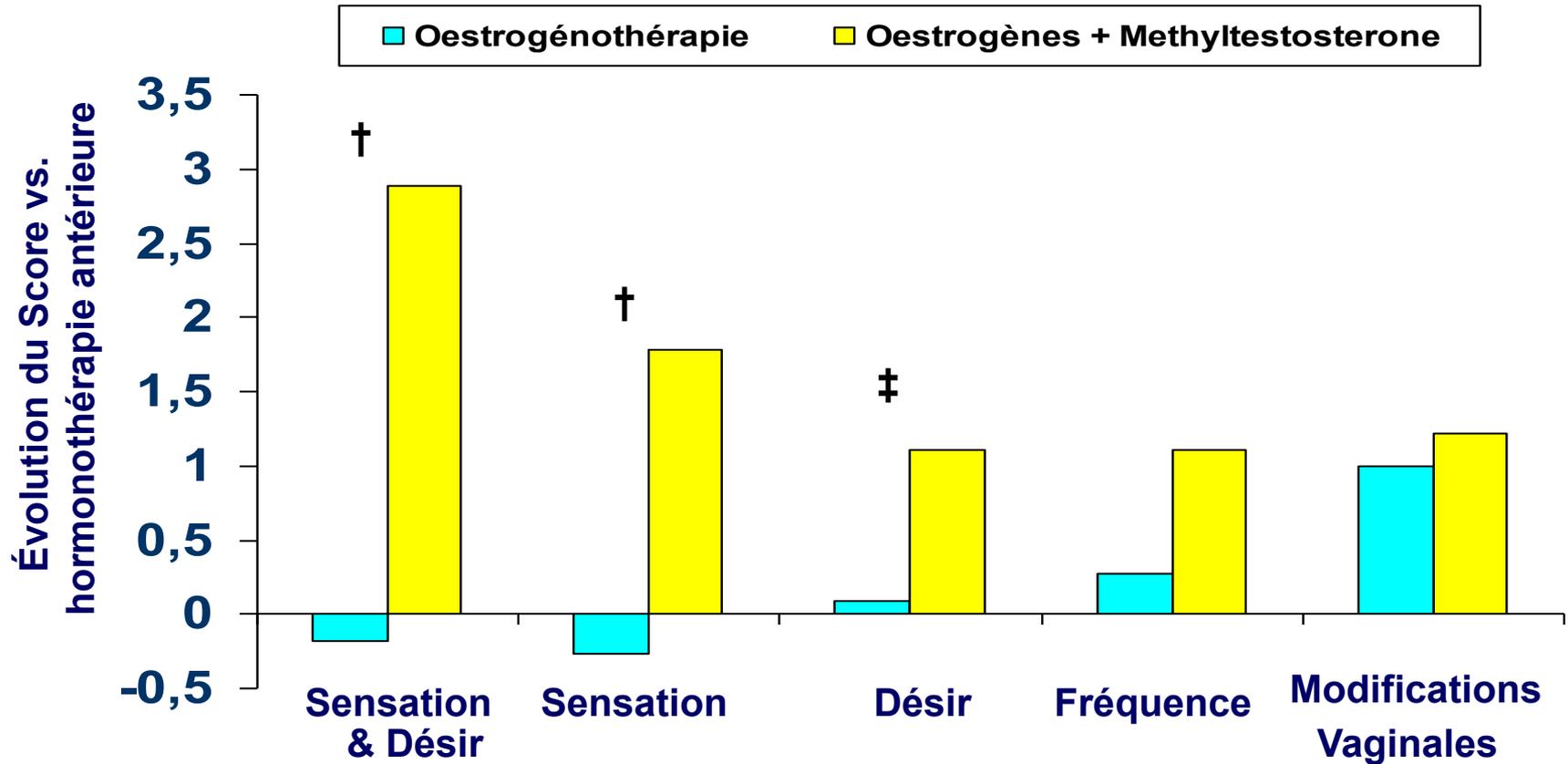
Suée	Migraine
B. de chal.	Asthénie
Sommeil	Dépression, etc...
Arthralgie	

Bien être
Fréquence des RS
Libido ↗

Androgènes ?



L'oestrogénothérapie seule ne corrige pas les troubles sexuels



Sexualité, Activité & Échelle de Libido évaluée chez 20 femmes ménopausées
† $p < 0.01$; ‡ $p \leq 0.05$

Relations Testostérone / Fonction Sexuelle chez les Femmes

Randomized controlled trials of testosterone for sexual desire disorder in postmenopausal women [18]

Year	Author	Intervention (dose/day)	Menopause type	N	Duration (months)	Design	Result
1983	Dow	Implants: E (50 mg) ± T (100 mg)	I, N	40	4	SB, PG	NS
1985	Sherwin	Inj: T enan (200 mg); T enan (150 mg) + E dien (7.5 mg) + E benz (1 mg); E val (10 mg)	I	53	3	DB, CO	S
1987	Burger	Implants: E (40 mg) ± T (100 mg)	I, N	20	6	SB, PG	S
1995	Davis	Implants: E (50 mg) ± T (50 mg)	I, N	34	24	SB, PG	S
1998	Sarrel	Oral: EE (1.25 mg) ± mT (2.5 mg)	I, N	20	2	DB, PG	S
2000	Shifren	Oral: CEE (0.625 mg) ± T patch (150 or 300 µg)	I	75	3	DB, CO	S
2002	Floter	Oral: E val (2 mg) ± T und (40 mg)	I	50	6	DB, CO	S
2003	Lobo	Oral: EE (0.625 mg) ± mT (1.25 mg)	I, N	218	4	DB, PG	S
2005	Braunstein	Oral estrogen ± T patch (150, 300, or 450 µg/day)	I	447	6	DB, PG	S
2005	Simon	T patch (300 µg/day)	I	562	6	DB, PG	S
2005	Buster	Oral/transdermal estrogen ± T patch (300 µg/day)	I	533	6	DB, PG	S
2006	Shifren	T patch (300 µg/day)	N	549	6	DB, PG	S
2006	Davis	Transdermal estrogen (50 µg/day)	I	77	4	DB, PG	S

CEE = conjugated equine estrogens; CO = crossover; DB = double blind; E = estradiol; E benz = estradiol benzoate; E dien = estradiol dianthate; EE = esterified estrogens; E val = estradiol valerate; I = surgically induced menopause; Inj = injection; mT = methyltestosterone; N = natural (spontaneous) menopause; NS = nonsignificant results; PG = parallel-group; S = significant results; SB = single blind; T = testosterone; T enan = testosterone enanthate; T und = testosterone undecanoate.

Testostérone et sexualité à la ménopause : Effets de la substitution hormonale



Patch TD à la testostérone (300µg/j)

- **Études Multinationales de phase III**
(US, Canada & Australie)
 - **SM 1**, 562 femmes, 49 sites
 - **SM 2**, 532 femmes, 50 sites



Intrinsa® est indiqué en association à une oestrogénothérapie dans le traitement de la baisse de désir sexuel chez les femmes qui ont subi une ovariectomie bilatérale et une hystérectomie (ménopause induite chirurgicalement)
Recommandé jusqu'à l'âge de 60 ans

Testostérone et Ménopause naturelle?

INTIMATE NM1study menopause, vol 13, N°5; 2006, Shifren

- 483 femmes sous THM randomisées
- Amélioration de l'HSDD
- PAS de différence significative au niveau d'EI
- Mêmes conclusions que SM1, SM2

APHRODITE study (ESSM 06 J Studd)

- A PHase III Research Study Of Female Sexual Dysfunction In Menopausal Women on Transdermal Testosterone Patch Without Estrogen
- 814 femmes ménopausées avec HSDD ont été incluses

- **Pas de recommandation d'androgénothérapie chez la femme et retrait du marché en France de l'
Intrinsa**

Endocrine Society (Wierman, Basson, Davis 2006) NAMS (Menopause Guerrieri 2014)

- DHEA ?
- Tibolone (*Nijland 2008, Biglia 2010*)

Prise en charge thérapeutique

- **THM**
- Ou au moins **Prise en charge de la VVA**
estriol (passage systémique si VVA+++)
ou
Promestriène sans limite de temps ..
hydratant, lubrifiant (polycarbophiles, Ac
hyaluronique) + lactobacilles et estradiol
Estring
- **Prise en charge PSYCHOLOGIQUE**
(contexte, partenaire)



Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society



D.J. Portman^a, M.L.S. Gass, on behalf of the Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel¹

- En 2012, la NAMS et l' « International Society for the Study of Women's Sexual Health » (ISSWSH) décident de créer une nouvelle terminologie pour remplacer le terme d' Atrophie Vulvo-Vaginale jugé inadéquat et inexact pour décrire les **symptômes vulvaires vaginaux** (brûlures, prurit, inconfort, sécheresse, dyspareunie) **et urinaires** (nycturie, dysurie, pollakiurie, impériosité , infections..) en rapport avec l' hypoestrogénie de la ménopause.

GSM : Genito-urinary Syndrome of Menopause
- Entraine des répercussions sexuelles loin d' être négligeables avec des conséquences très négatives sur l' image du corps +++

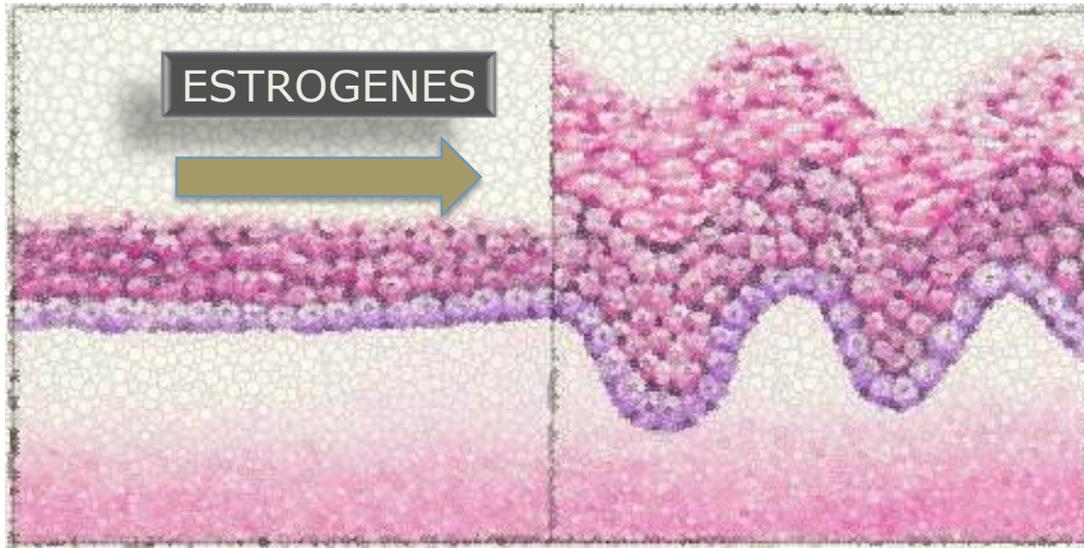
Nouvelle terminologie: AVV = SGUM

- En 2012, la NAMS et la « International Society for the Study of Women's Sexual Health »(ISSWSH) ont décidé de créer la nouvelle terminologie de **SGU** pour remplacer le terme d'**AVV**, jugé inadéquat et inexact pour décrire les différents symptômes vulvaires, vaginaux et urinaires, en rapport avec le déficit estrogénique dû à la Ménopause.
- Ce syndrome est largement sous-estimé et augmente avec la durée de la ménopause.

« Bien être » vaginal et Ecosystème vaginal

- Vagin: Ecosystème dynamique, microbiote vaginal
- Flore dominante: 95% de la flore vaginale est constituée par **le bacille de Doderlein** qui tapisse la muqueuse vaginale et transforme le glycogène des **cellules épithéliales superficielles estrogénisées en acide lactique ce qui permet de maintenir un PH acide vaginal protecteur de 3,8 à 4,5**
- Le reste de la flore vaginale est constituée de germes anaérobies
- **Variation de la flore vaginale** en fonction de l'âge, du cycle et du type de contraception, **de la ménopause.**

Rôle des estrogènes sur l'AVV



- E2 → prolifération des cellules épithéliales, restauration de la flore lactobacillaire

Shen Scientific Report Nature

2016

- Lactobacilles → métabolisme du glycogène



acide lactique + peroxyde



pH vaginal ↓ 3,5-4,5

Menopause – S.R. Davis, I. Lambrinoudaki, M. Lumsden, G.D. Mishra, L. Pal, M. Rees, N. Santoro and T. Simoncini,

Nature Reviews Disease Primers – 2015

Rappel Embryologique

- L'urètre et le trigone vésical sont dérivés du même tissu embryologique, le sinus urogénital, **riche en récepteurs en estrogènes** ainsi que la vulve, le vestibule et le vagin.
- Il en est de même pour les récepteurs aux androgènes.
- Ainsi, une patiente qui a des symptômes du bas appareil urinaire a beaucoup plus de risques de dyspareunie qu'une patiente indemne de ces symptômes.

Constantine GD et al. Incidence of genitourinary conditions in women with a diagnosis of vulvar/vaginal atrophie. Curr Med Res Opin Rev 2014;30(1):143-8 .

EPIDEMIOLOGIE



Fig. 2. Prevalence of genitourinary menopausal syndrome (GSM) stratified by years since menopause.

Le Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause

- Le SGUM comprend les symptômes en rapport avec le vieillissement et des signes associés à l'insuffisance en estrogènes.
 - *symptômes vulvo-vaginaux*
 - *symptômes sexuels*
 - *symptômes urinaires*

SYMPTOMES CLINIQUES

- Sécheresse vaginale
- Brûlures
- Inconfort
- Dyspareunie
- Saignements après les RS
- Urgenturie
- IU à répétition

- Ils sont mal acceptés et peuvent perturber la vie d'un couple.

Atrophie Vulvaire

- Sécheresse
- Pâleur
- Fragilité des muqueuses
- Rougeur des muqueuses
- Pétéchies
- Sténose de l'orifice vaginal
- Proéminence du méat urétral.

pâleur

sécheresse

atrophie

érythème



SYMPTOMES

ANATOMOPATHOLOGIQUES

- Il y a perte du tissu conjonctif avec :
- Diminution des grandes lèvres
- Les petites lèvres peuvent complètement disparaître
- Rétrécissement du vestibule
- Rétrécissement du canal vaginal
- L'épithélium vaginal est aminci, pâle avec souvent des hémorragies pétéchiales sous muqueuses.
- Le pH vaginal est à 5, favorisant les infections
- L'index de maturation des cellules vaginales montrent une prédominance des cellules basales.

SGUM

- Trop souvent ignoré et négligé.
- Touche la moitié des femmes de 50-65 ans.
- Le plus souvent non traité.
- Beaucoup de femmes pensent que c'est un phénomène normal lié à l'âge.
- Plusieurs enquêtes se sont intéressées à ce problème:
 - § Etude Nappi
 - § Enquête ELITE
 - § Enquête PFIZER.

ETUDE RE. NAPPI

- Enquête par questionnaires
- 4236 femmes âgées de 55 à 65 ans habitant en Finlande, Suède, Grande-Bretagne, Canada et Etats-Unis.
- 40% inconfort vaginal
- 50% altération de la vie
- 70% ne l'avaient pas signalé à leur médecin
- 63% non traitées.

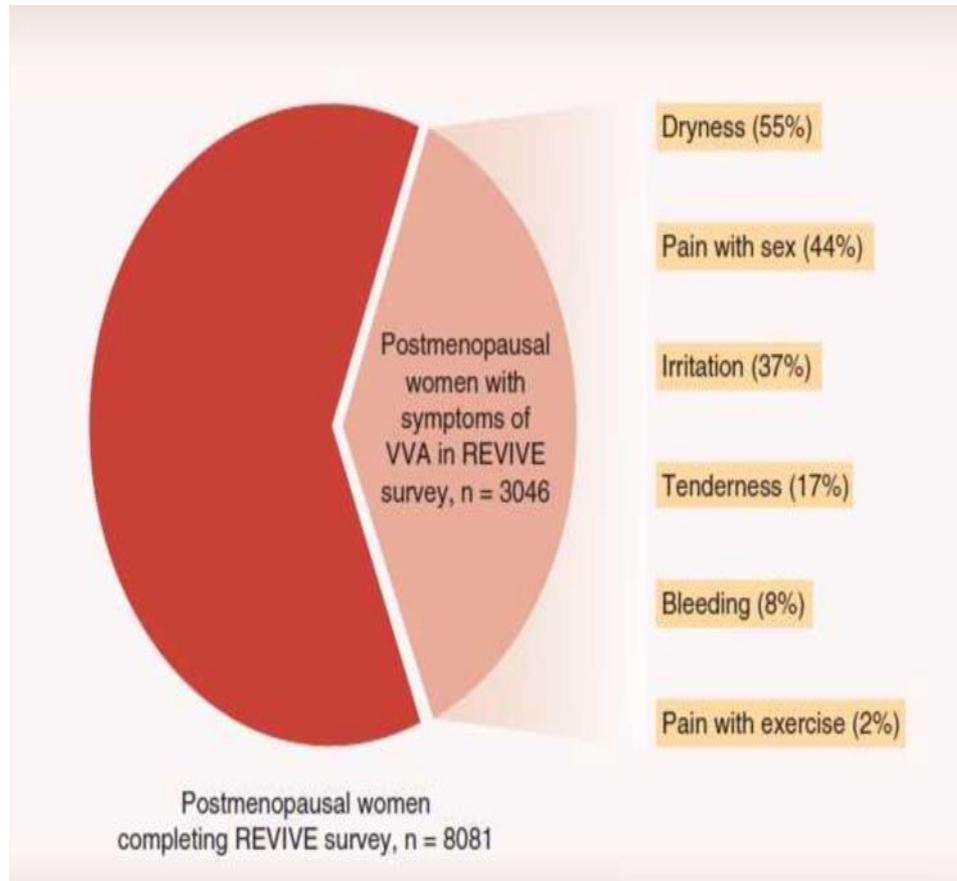
ETUDE REVIVE

- Etude prospective américaine
- Knowledge panel
- 15 576 femmes postménopausées âgées de 45 à 75 ans
- Questionnaires on line
- Entre 31mai 2012 et 14 juin 2012
- Impact de l'AVV sur la vie des femmes.

ETUDE REVIVE

- 50% cas: le sujet n'a jamais été abordé avec un médecin.
- Dans 40% des cas, c'est la patiente qui a abordé le sujet.
- Impact négatif du SGU:
 - § 50% sur la vie sexuelle
 - § Plus de 25% sur la vie de tous les jours.

REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs)survey

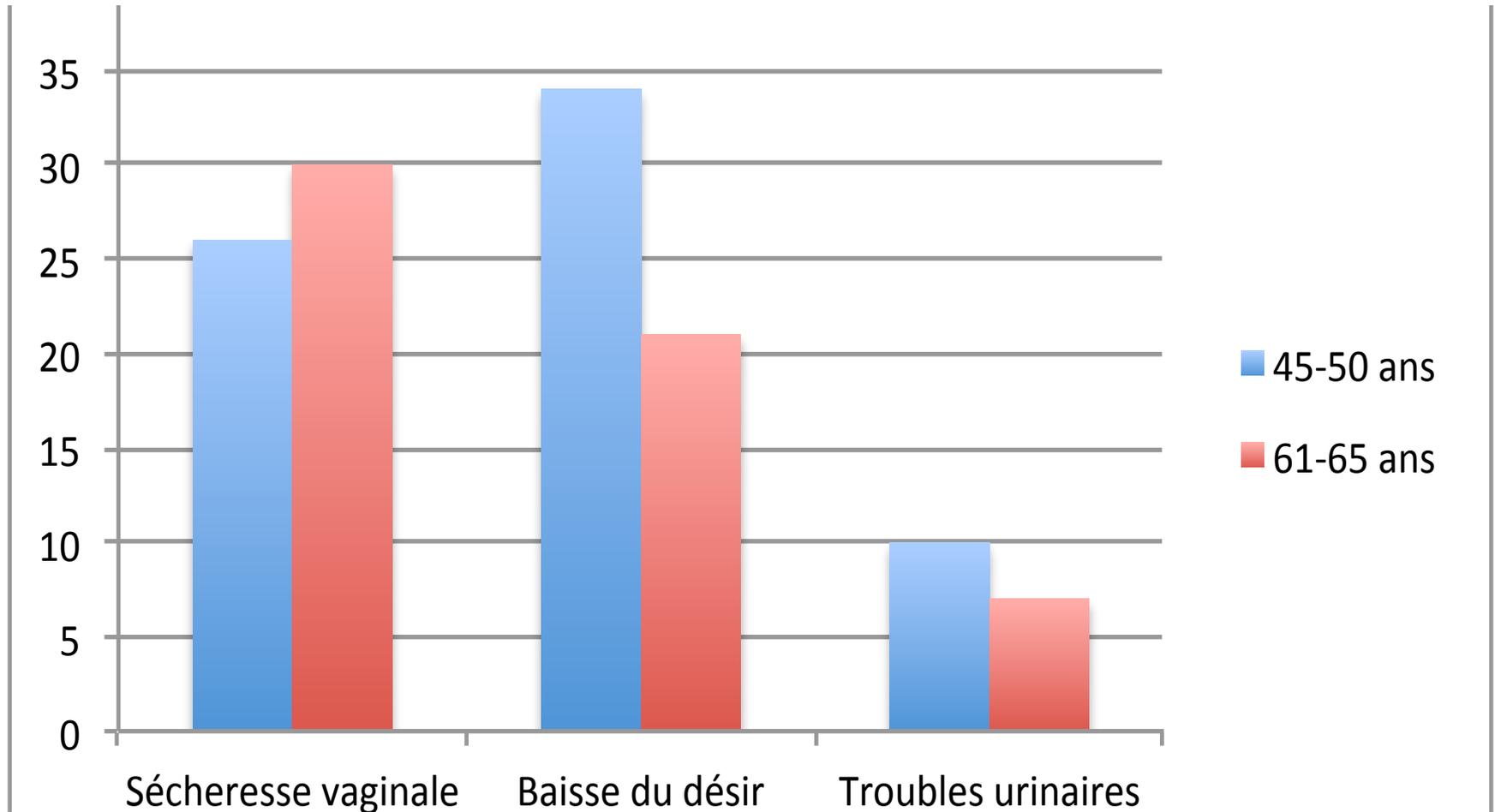


- Enquête quantitative USA par internet, 2012, 3046 participantes.
- Sécheresse: 55% - Dyspareunie: 44% - Irritation: 37% - Saignements 8%
- Met en évidence la méconnaissance des troubles et la difficulté à en parler aux professionnels (10%).

Murray A. Fredman et al. Perceptions of Dyspareunia in Postmenopausal Women With Vulvar and Vaginal Atrophy.

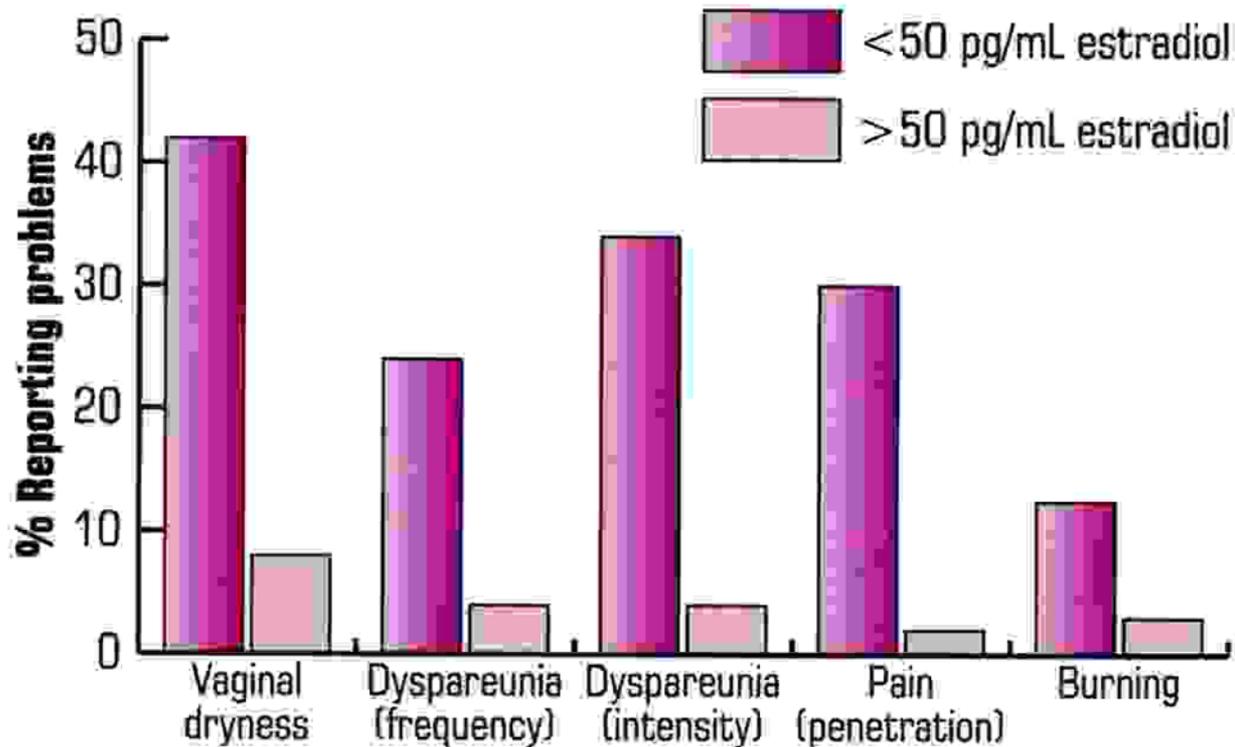
Women Health , 2014; 10(4) : 445-454.

Prévalence du SGUM



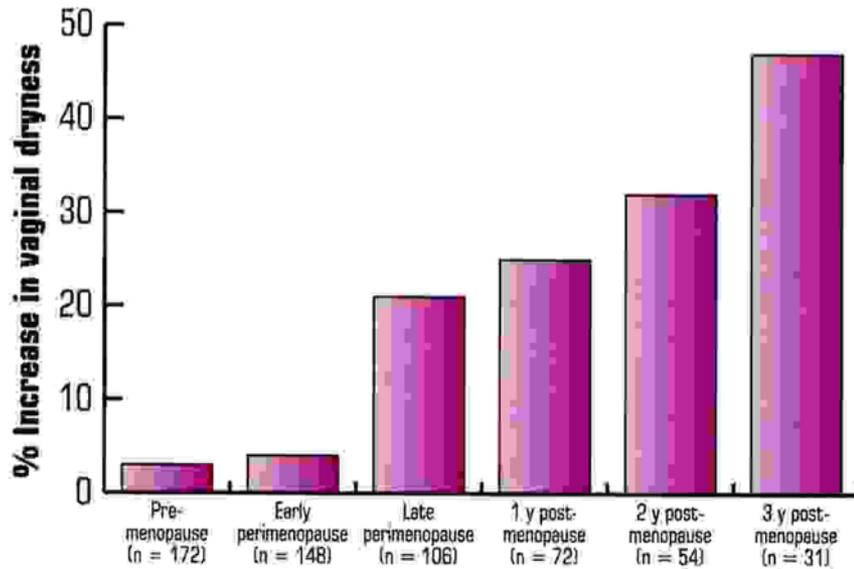
Relation taux d'estradiol et prévalence des problèmes sexuels

Association between Lower Estrogen Levels and Prevalence of Sexual Problems

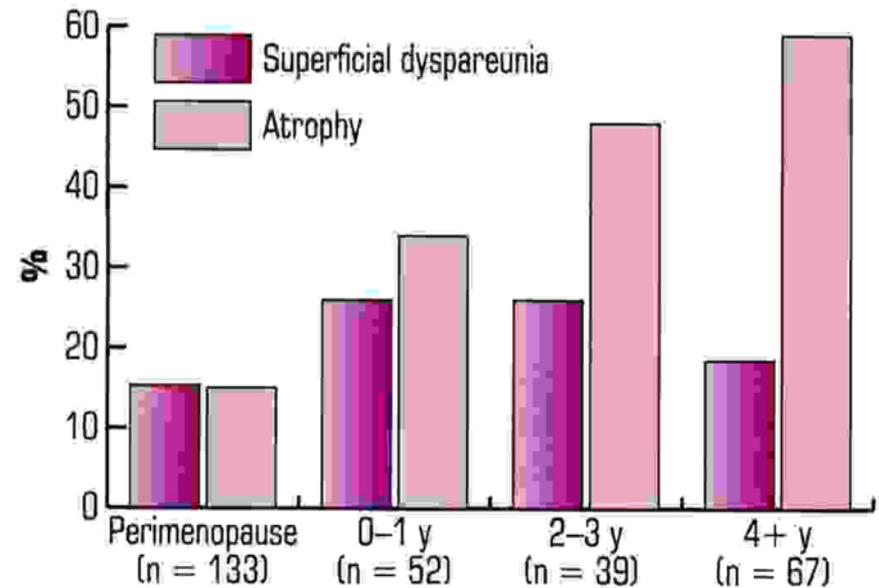


n = 93; significance not reported.

Sécheresse vaginale et atrophie en fonction de la durée de ménopause



Dryness increased significantly in late perimenopause and postmenopause ($p < 0.001$).



Atrophy increased significantly with menopausal age ($p < 0.001$).

PRISE EN CHARGE

- Modifications de l'hygiène de vie
- Traitements non hormonaux
 - § Hydratants vaginaux
 - § Lubrifiants vaginaux
- Traitements hormonaux
 - § Voie générale: THM Tibolone
 - § Estrogénothérapie locale
 - § A venir: Ospémifène DHEA vaginale
 - § Laser vaginal

Modifications de l'hygiène de vie

- Tabac: accélère le métabolisme des E2 facilitant l'AVV et l'ostéoporose.
- Obésité: facteur favorisant les vaginites et aggravent l'AVV.
- Diabète
- RS: augmentent le flux sanguin vaginal et améliorent la lubrification vaginale par le système de contractions/décontractions.
- Rechercher une dépression sous-jacente.
- Hygiène excessive

Traitements non hormonaux

- Hydratants vaginaux
- Efficacité parfois satisfaisante, avec peu de risques.
- Compositions très diverses, en général à base d'eau et de substances hydrophiles (acide hyaluronique).
- Hydratation, élasticité vaginale, pH préménopausique.
- aucune étude n'ayant un recul de plus de 3 mois
- Pas de données de tolérance à long terme.

LUBRIFIANTS VAGINAUX

- Utile lors des rapports sexuels.
- Aucun effet à long terme démontré.
- On peut retrouver des substances irritantes ou allergisantes: propylène glycol, conservateurs, parabens, aloe vera.
- Les lubrifiants gras fragilisent le latex.
- Plus de vaginose bactérienne chez les femmes utilisant de la vaseline comme lubrifiant.

THM

- Pas toujours souhaité par les patientes
- Parfois contre-indiqué
- Plutôt VTD (*KEEPS JAMA Int Med 2017 Hugh S Taylor*)
- **Effets inconstants sur le SGU**
- Il faut parfois des doses élevées pour obtenir un effet équivalent au niveau vaginal.
- **Voie vaginale a une efficacité supérieure.**
- Idem pour la Tibolone.

ESTROGENOTHERAPIE VAGINALE

- La seule à permettre une imprégnation E2 suffisante pour réverser l'AVV et les symptômes attenants, en évitant les effets généraux.
- Efficacité équivalente de toutes les formes (études contrôlées, randomisées)
- 2 molécules sont actuellement à disposition: promestriène et estriol
- Formes galéniques: ovules vaginaux , gélules vaginales, crèmes vaginales.
- Soit seuls ou regroupant Estriol, progestérone et lactobacilles.
- Recommandés en 1^{ère} intention en Amérique du Nord pour les AVV modérées et sévères ou en cas d'échec des traitements non hormonaux pour les AVV légères.

Estrogènes Locaux en France

Colpotrophine° ovules: promestriène 10mg/ovule

Gydrelle° crème vaginale à 0.1%: estriol 30mg/30g

Physiogyne° crème vaginale à 0.1%: estriol 15mg/15g

Physiogyne° ovules vaginaux: estriol 0.5 mg/ovule

Trophicrème° crème vaginale à 0.1%: estriol 30mg/30g

Blissel° estriol 0,5mg/canule

Trophigil° gélules vaginales: bacille de Döderlein, estriol (0.2mg) et progestérone (2mg)

Florgynal° gélules vaginales: bacille de Döderlein, estriol(0.2mg) et Progestérone (2mg)

Et

Traitement de l' AVV = SGM

NAMS 2013 IMS 2016

- Chez les femmes ayant une AVV moyenne à sévère ne répondant pas aux lubrifiants et hydratants **l' estrogénothérapie, systémique ou vaginale à faible dose demeure le traitement de choix (grade A)**
- L' estrogénothérapie induit un RTEV. Les E vaginaux à faible dose pourraient générer un très faible risque mais il n' y a aucun cas rapporté d' augmentation du risque dans les essais cliniques . Il n' y a pas de données chez les femmes à haut risque (grade C)
- **Il n' est pas indiqué d' associer un progestatif aux estrogènes vaginaux à faible dose en cas d AVV. Les données de sécurité endométriale ne sont pas disponibles au-delà d' un an de traitement (grade B)**
- Il n' y a pas d' argument pour préconiser une surveillance endométriale annuelle systématique sous estrogènes vaginaux en cas d' AVV symptomatique (grade C) **l' estrogénothérapie vaginale peut être poursuivie aussi longtemps que persistent les symptômes sous couvert d' une surveillance clinique appropriée (grade C)**
- Chez les femmes aux antécédents de cancer du sein ou de l' endomètre la prise en charge dépend des préférences, des besoins de la compréhension des risques potentiels de la femme ainsi que de l' avis de son oncologue (grade C)

ESTRING° 2 mg



- Système de diffusion vaginal
- Anneau vaginal délivrant 2 mg d'estradiol hémihydraté.
- Traitement de la vaginite atrophique chez la femme ménopausée.
- Libération de 7,5 microgrammes/jour.
- Taux plasmatiques d'E2: 10 picog/ml avec un pic Tmax a 3 H à 55 pg/ml.
- Insertion dans le 1/3 supérieur du vagin pour une durée de 90 jours.
- Études avec l'élastomère de silicone: aucune réaction toxique ni de formation de tumeur.
- Pb CI / THM malgré NAMS (*Manson JE et all Ménopause 21 2014:911-16*)

Les œstrogènes par voie vaginale réduisent de 50% le risque cardiovasculaire

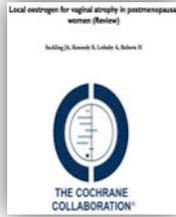
les résultats de cette étude devraient désormais permettre d'ôter des boîtes d'estrogènes vaginaux la mention exigée par la FDA : « Danger, ce traitement peut causer des cancers et des maladies cardio-vasculaires »

Crandall C, Hovey K, Andrews C et coll. Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study. Menopause, vol 25, N°1, pp001-009

•à l'inverse de la Cochrane 2015

Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women

Boardman HMP, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel, Sanchez R, Knight B



Cochrane 2006

- **19 études retenues sur 37; 4162 femmes**
- **Objectif** : Comparer l'efficacité, la sûreté, l'acceptabilité de différentes préparations oestrogéniques locales dans le VVA
- **Résultats** :
 - Pas de différences d'efficacité sur le GSM en fonction de la forme galénique : crème, pessaire, ovules, anneau
 - Amélioration significative des symptômes par rapport au placebo ou aux gels non hormonaux
 - En terme d'acceptabilité, meilleurs scores de l'anneau
 - Plus d'effets secondaires avec ECE comparé à l'estradiol pour saignement, douleur pelvienne ou mammaire ($RR= 0,18 (0,07-0,5)$); pour l'épaississement de l'endomètre ($OR=0,29 (0,11-0,78)$), pour l'hyperplasie (+4%)
 - → intérêt d'éviter les produits ECE
 - → intérêt de prescrire des faibles doses d'oestrogènes

Les estrogènes vaginaux sont constamment efficaces

Cardozzo L ; *Obstet and Gynecol* 1998;92:722-7

Maturitas 73 (2012) 171–174



Contents lists available at ScienceDirect

Maturitas

journal homepage: www.elsevier.com/locate/maturitas



EMAS clinical guide: Low-dose vaginal estrogens for postmenopausal vaginal atrophy

Margaret Rees^a, Faustino R. Pérez-López^b, Iuliana Ceasu^{c,d}, Herman Depypere^e, Tamer Erel^f, Irene Lambrinou^g, Karin Schenck-Gustafsson^h, Tommaso Simonciniⁱ, Yvonne T. van der Schouw^j, Florence Tremollieres^{k,*}

A B S T R A C T

Vaginal atrophy is common in postmenopausal women. This clinical guide provides the evidence for the clinical use of vaginal estrogens for this condition focussing on publications since the 2006 Cochrane systematic review. Use after breast cancer, before assessment of cervical cytology and prolapse surgery is also discussed.

© 2012 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

OSPEMIFENE

- Un traitement par voie orale, une alternative aux thérapeutiques précédentes.
- SERMs avec un effet positif au niveau de l'épithélium vaginal avec des effets neutres ou minimes au niveau des organes estrogénodépendants (endomètre).
- Approuvé par la FDA.
- 60 mg/jour.
- Traitement de la dyspareunie chez les femmes ayant une AVV dûe à la ménopause.

Climateric

DHEA Ovules

- Nouvelle thérapeutique du SGU, en cours d'essai (essai de phase 3).
- Hormone qui est transformée en hormones mâles et féminines.
- Délivrée dans le vagin, la DHEA est convertie dans les tissus les plus proches en estradiol sans augmentation importante du taux d'estrogènes plasmatiques.
- Dosée à 6,5 mg DHEA/ovule.
- En cours d'études mais certainement une alternative prometteuse pour nos patientes qui ne peuvent ou ne veulent pas prendre d'estrogènes.

LASER VAGINAL

- Le laser CO2 fractionné ou le laser Erbium (YAG) pourrait remodeler le tissu conjonctif vaginal et augmenter le stockage en glycogène dans l' épithélium comme un apport estrogénique .

Salvatore S,Nappi RE Climateric 2014;17:363-9

Perino MA Maturitas 2015;80:296-301

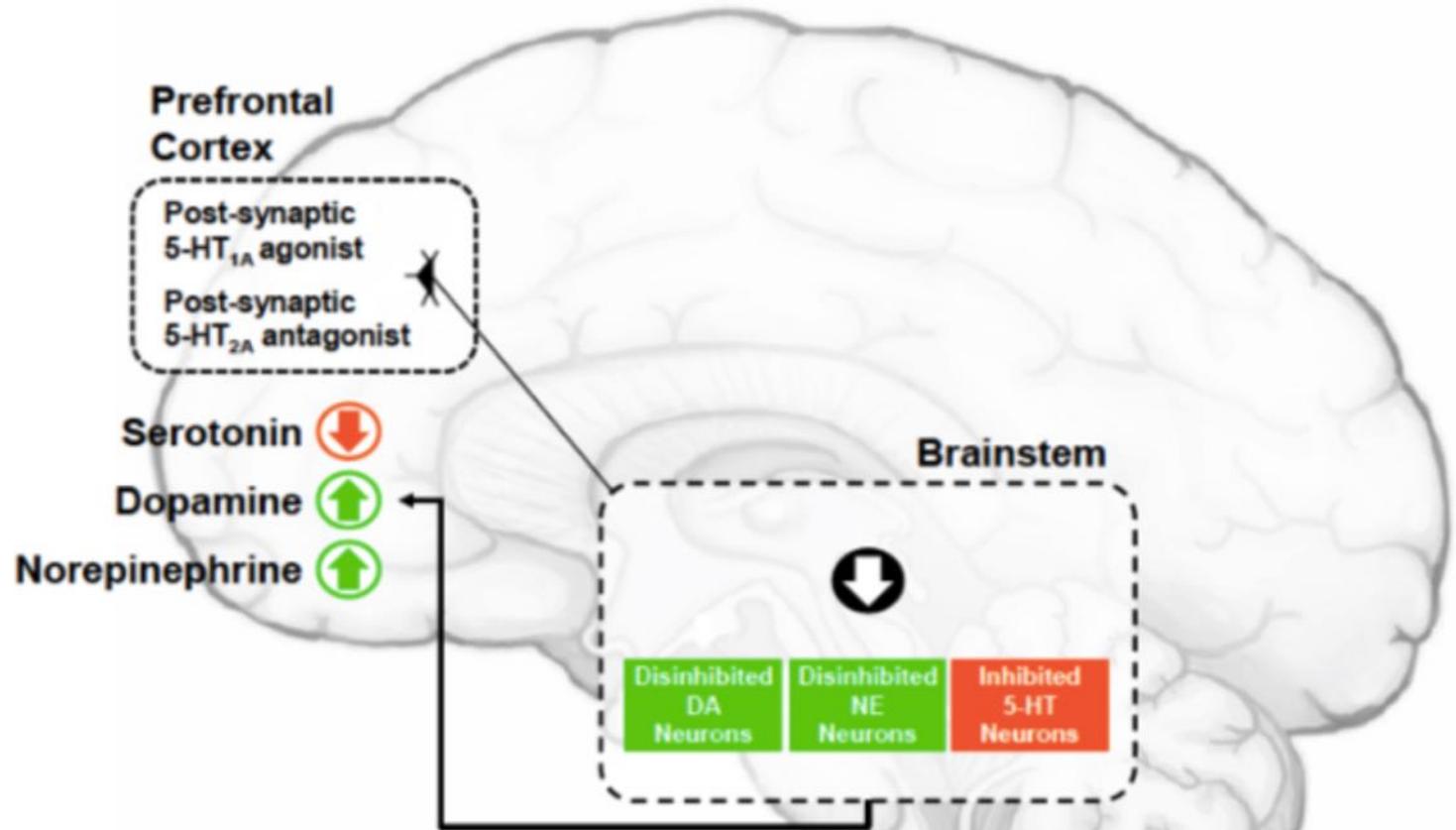
Désir et plaisir après la ménopause

Pour une sexualité optimisée



- actualisation de sa sexualité
 - + de temps
 - - de stress
 - - de tabous
 - sexualité + investie
- Sexualité auparavant +/- épanouie
- Vie sociale et familiale active

la Flibanserine, un agoniste des récepteurs de la sérotonine 5-HT_{1A} et un antagoniste des récepteurs 5-HT_{2A}.



Stephen M. Stahl. "Mechanism of Action of Flibanserin a Multifunctional Serotonin Agonist and Antagonist (MSSA), in Hypoactive Sexual Desire Disorder," Stahl, S., CNS Spectrums, 2015.

le développement de la Flibanserine

- action centrale
 - ↗ augmentation des taux de dopamine et de noradrénaline
 - ↘ diminution des taux de sérotonine
- activité antidépressive modeste/ mais semble bien active sur le désir hypo actif féminin
 - prise de 100mg au coucher une amélioration significative du désir et de la fréquence des relations sexuelles dans HSDD secondaire (Simon et al, BJU, 2013)
- un développement coûteux
 - échelle FSFI
 - SIDI-F

Violet, Daisy, Begonia et les autres :

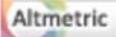
592 références, 8 études publiées, 3 non publiées,
environ 6000 femmes testées

Table 1. General Characteristics of the Included Randomized Clinical Trials^a

Study	Trial No.	Surveillance Period	Study Arm, Participants Assigned/Completed ^b	Menopausal Status	Primary Efficacy Outcomes	Follow-up, wk
DeRogatis et al, ²⁴ 2012 (US and Canada)	NCT00360529	2006-2008	100-mg F, 290/199 50-mg F, 295/230 Placebo, 295/234	Pre	SSE and eDiary desire	24
Thorp et al, ²⁸ 2012 (US and Canada)	NCT00360555	2006-2008	100-mg F, 396/251 50-mg F, 393/259 ^c 25-mg F, 396/274 ^c Placebo, 399/287	Pre	SSE and eDiary desire	24
Katz et al, ²⁶ 2013 (US)	NCT00996164	2009-2011	100-mg F, 543/408 Placebo, 547/446	Pre	SSE and FSFI desire	24
Simon et al, ²⁷ 2014 (US)	NCT00996372	2009-2011	100-mg F, 468/365 Placebo, 481/397	Post	SSE and FSFI desire	24
Alternate Dose Study (US)	NCT00360243	2006-2008	50-mgF,NR/336 ^c 50-mgF,NR/363 25-mgF,NR/337 ^c Placebo,NR/349	Pre	SSE and eDiary desire	24
EU Study (Europe ^d)	NCT00491829	2007-2009	100-mg F, 316/202 50-mg F, 311/216 Placebo, 318/243	Pre	SSE	24
Terminated Study ^e (US and Canada)	NCT01057901	2010-2011	100-mg F, 376/116 Placebo, 372/124	Post	SSE and FSFI desire	24
Goldfischer et al, ²⁵ 2011 (US and Canada)	NCT00277914	2006-2007	All F, 163/132 ^f Placebo, 170/146	Pre	SSE and eDiary desire	24/48 ^g

niveaux de preuves très insuffisants, efficacité clinique faible, mauvaise tolérance
(Jaspers et al, *JAMA*, 2016)

This Issue

Views **6,680** | Citations **4** |  **768**

Original Investigation

April 2016

Efficacy and Safety of Flibanserin for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women

A Systematic Review and Meta-analysis

Loes Jaspers, MD¹; Frederik Feys, MSc, PhD²; Wichor M. Bramer, BSc³; et al

» [Author Affiliations](#)

JAMA Intern Med. 2016;176(4):453-462. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8565

Niveaux de preuves et d'évidence : multiplicité des causes et importance d'une prise en charge globale et intégrative

(Thomas et al, 2016, Levin et al, 2016)

Table 6. Psychosocial variables and their association with women's sexual dysfunction

Psychosocial variable	Summary of findings	References	Recommendation
Affect	Positive affect associated with higher levels of sexual functioning, negative affect with lower levels of sexual functioning; mixed evidence for impact of affect on physiologic sexual response, with some research reporting affect as predictive of physiologic sexual response and others not	227–234	grade C: evidence suggests that affect can impact female sexual response though level 2, 3 studies are small in number
Depression	Significant relation between depression and self-reported sexual dysfunction	234–246	Grade B: number of level 2 and 3 studies highlight significant relation
Anxiety	High or clinical levels of anxiety typically associated with sexual dysfunction though some reports of anxiety increasing sexual interest; moderate levels of anxiety facilitate physiologic sexual response	224, 225, 231, 242, 247–250	Grade B: number of level 2 and 3 studies note significant relation
Stress	Chronic and acute stress impact self-reported sexual functioning and physiologic sexual response	238, 251–259	Grade B: number of recent level 2 and 3 studies found significant relation
Attention vs distraction	High-level distraction during sexual arousal in laboratory settings significantly inhibits genital response, low- or moderate-level distraction does not	116, 260–266	Grade B: consistent evidence from level 2 and 3 studies
CSA	CSA significantly associated with sexual dysfunction although some studies report no differences from individuals without history of CSA; mixed results regarding impact of CSA on physiologic measurements of sexual arousal	234, 267–273	Grade B: number of level 2 and 3 studies found relation
Personality characteristics	Body image, sexual excitation, inhibition, self-schemas, and adult attachment related to sexual functioning	231, 242, 274–279	Grade C: small number of level 2 and 3 studies examining each variable
Relationship variables	Relationship factors such as duration, communication issues, partner dysfunction, and relationship satisfaction related to sexual functioning; no studies examining direct impact on physiologic response	93, 280, 281	Grade C: small number of level 2 and 3 studies
Conditioned learning	Appetitive and aversive learning paradigms significantly affect genital response in women; evidence of extinction for aversive stimulus	282–285	Grade C: small number of level 2 and 3 studies

CSA = childhood-adolescent sexual abuse.

Levin et al, The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A) J Sex Med 2016;13:733e 759

testostérone voie systémique

molécule	LOE	molécules	voie d'absorption	stade de développement	publications
TESTOSTERONE	1A	INTRINSA , Warner Chilcott	patch transdermique	UK, USA	
		TOSTRELLE , CELLEGY Phs. PROSTRAKAN	voie topique, gel	phases I et II	
		ANDROSORB , NOVAVAX, USA)	voie topique, crème	phase I	Allahdadi KJ, et al, Cardiovasc Hematol Agents Med Chem 2009;7:260-269.
		TEFINA , ACERUS Phs	gel intranasal		Kingsberg SA, et al, Obstet Gynecol 2015;125:477-486.
DHEA		NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉE PAR VOIE SYSTEMIQUE (1a)			

voie périphérique

molécule	LOE	molécules	voie d'absorption	stade de développement	publications
ALPROSTADIL		FEMPROX , APRICUS Biosciences, USA	gel vaginal	phases II et III, IV prévues, approuvé au Japon	Liao Q, et al, J Sex Med 2008;5:1923-1931.
TESTOSTERONE et DHEA locales	1b	PRASTERONE, VAGINOFORM (ENDOCEUTICS), MEDIVIR (BAYER)	DHEA vaginale		Labrie F, Menopause 2009; 16:907-922.
Testostérone	1b	LIBIGEL , BIOSANTE USA)	gel de testostérone	phases II et III,	White WB, et al, Am Heart J 2012;163:27-32.
ESTROGENES	d		voie transdermique		
IPDE-5	2b	SST-6007	Sildenafil creme 5%	phase I	Strategic Science & Technologies LLC. Bethesda, MD: National Library of Medicine; 2015.
autres donneurs de NO	2b	NMI-870 (NITROMED, USA)	Arginine, NO, Yohimbine	phases I et II	Pacher P, et al, Int J Impot Res 2003;15:461-464.
testosterone + IPDE5	1b	EMOTIONAL BRAIN, the Netherlands	sublinguale	Lybrido	Poels S, et al, J Sex Med 2013;10:810-823.
testostérone + Bupirone	1b		orale	Lybridos	van Rooij K1, Poels S2, et al, Eur J Pharmacol. 2015 Apr 15;753:246-51.

action périphérique

action périphérique et centrale

dans les troubles du désir féminin...



- Placebo, efficacité = grade 1, niveau A (Tuttle et al. Pain 2015;156:2616-2626. Benedetti F. Neuron 2014;84:623-637.)

PLUS DE RÈGLES,
PLUS DE MIGRAINES,
TU N'AS PLUS D'EXCUSE!!

SI: TU N'ES
PLUS IRRESISTIBLE!!



FRANM.

Les prédicteurs d'une sexualité conservée

- **Le couple**

- La 1 condition de la vie sexuelle tardive (Lindau 2007, Delamater et al, 2008 Karraker, Delamater 2011).
- L'intérêt conservé du ou de la partenaire pour la sexualité semble aussi très important,
- la sexualité à deux est d'autant mieux préservée que celle des années de jeunesse aura été riche et partagée (Hartmann et al, 2004).
- la bonne qualité de la relation à deux (Delamater et al, 2009).
- Les sujets âgés, encore davantage que les autres ne continuent à faire l'amour que s'ils ont plaisir à le faire, et de manière partagée (Thompson et al, 2011, Week, 2002)

- **le poids de la solitude**

- Au 1 plan de la décompensation du sujet âgé et de l'évolution de certains états dépressifs.
- Erlangsen et al, 2004
 - 18% des hommes et 6% des femmes qui se suicident, sont des personnes âgées, soit veufs, soit divorcés, soit encore, qui viennent de vivre une rupture dans l'année qui précède

Les prédicteurs d'une sexualité conservée

- **Une bonne santé**
- **Le lien social**
 - importance du lien social dans le bien vieillir et le maintien d'une activité sexuelle avec l'âge (Woloski et al 2010).
- **Image de soi et capacité d'intimité**
 - Regard du partenaire nécessaire à une image de soi valorisée,
 - Se sentir désirée pour désirer
 - maintien de la capacité de séduction, de l'intimité physique, de la tendresse et de l'attention envers l'autre.
 - Aimer, se sentir aimé permet de dépasser les limites physiques et de maintenir sa relation à l'autre au-delà des apparences.

Une sexualité pour la vie

Revisiter
sa
sexualité
=

Privilégier
l'expérience
émotionnelle
et l'affectivité

- **Renoncer pour mieux continuer**
 - Accepter les nouveaux rythmes de son corps
 - Accepter le décalage désir / excitation
 - Découvrir de nouvelles aires de pertinence
 - Orgasme tjs possible
- **L'importance d'une sexualité alternative**
 - Scripts sexuels à faire évoluer
 - Compter davantage sur l'autre : le partage davantage que l'action
 - Apprendre à devenir + active
- **Vers un changement qualitatif de sa sexualité**
 - Remplacer les repères quantitatifs (plus souvent, plus rapide, plus fort, plus vite) par des repères émotionnels et relationnels (plus avec toi, plus longtemps)

Pratiques sexuelles de 80 à 102 ans

	Hommes (n=100)	Femmes (n=102)
fantasmes	88%	71%
Caresses, sensualité	82%	64%
masturbation	72%	40%
RS	63%	30%
Plaisir (masturbation)	85%	64%
Plaisir (RS)	76%	39%

Le message : ménopause, féminité et sexualité

Ce ne doit plus être mission impossible.

Il y a aujourd'hui une longue vie après la ménopause,
plus de 30 ans encore pour
une « vraie » vie et non une survie.

Le médecin est là un des interlocuteurs privilégiés, il a un rôle important

- de soutien,
- de conseiller,
- presque de pédagogue,
- autant que de prescripteur.



Rôle du gynécologue



- Informer, Dédramatiser dès la Périménopause
- Ne pas banaliser ni esquiver, ne pas prendre sa propre sexualité comme norme
- Rechercher tous les facteurs interférant (patho chronique, thérapeutiques)
- Bilan gynécologique (atrophie, périnée)
- Analyse du contexte , attitude du partenaire
- **Prescription d'un traitement adapté** avec prise en charge psychologique voire adresser à un sexologue

MÉNOPAUSE NE VEUT PAS DIRE
PAUSE POUR LES MEN...



FRAPAR.

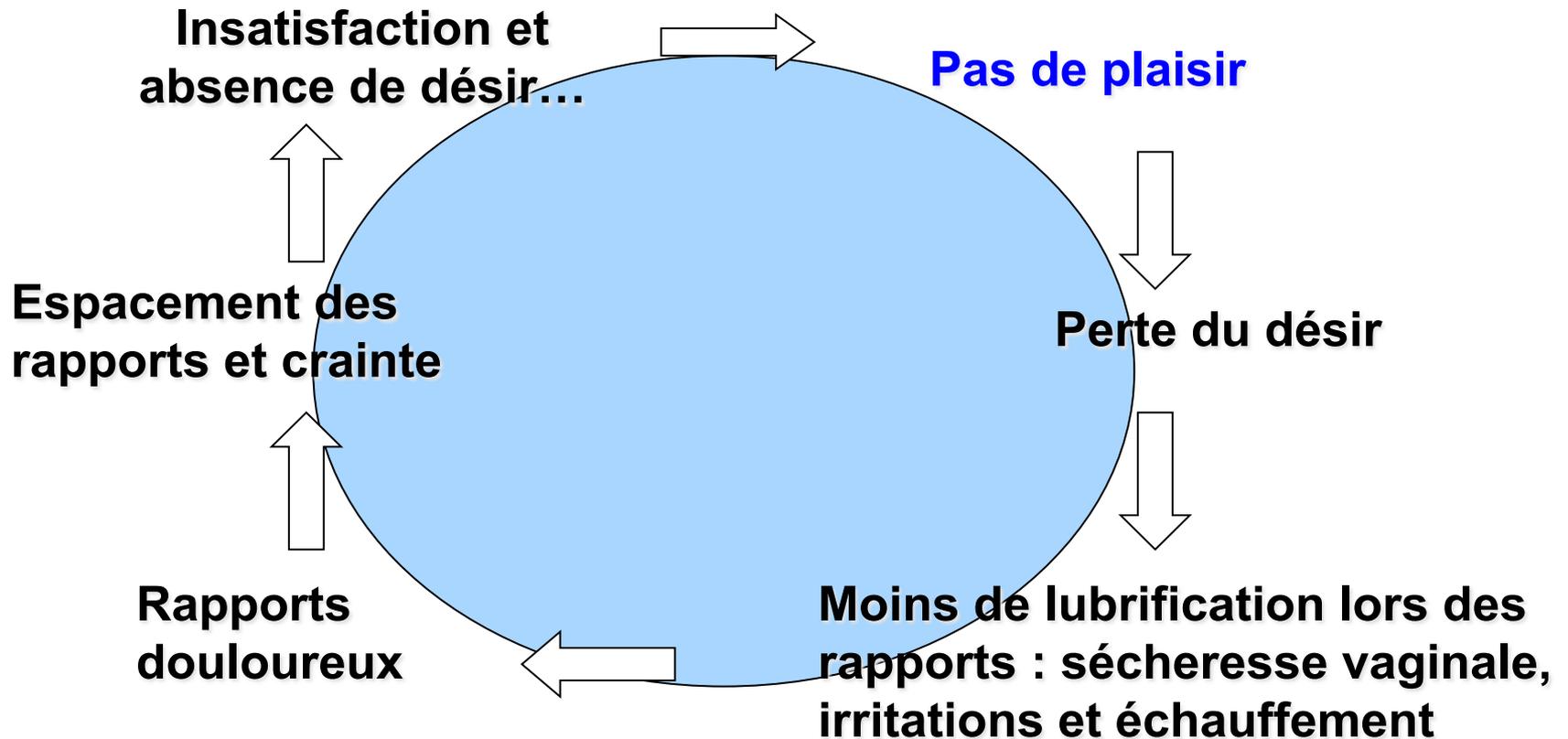
Conclusion : Impact du SGUM

- Le SUG résulte de la chute des estrogènes.
- Ce syndrome est chronique, d'apparition progressive et, différemment des symptômes vasomoteurs, ne s'arrange pas avec le temps.
- Il est **insuffisamment dépisté**.
- Les patientes, souvent, **n'osent pas en parler**.
- Les médecins devraient systématiquement poser la question.
- **les O.L., en dehors des CI, sont efficaces** et améliorent la vie de nos patientes.
- Le traitement doit être précoce avant que les anomalies d'atrophie deviennent irréversibles et doivent être poursuivis longtemps car **la pathologie est chronique**.
- A l'heure où l'espérance de vie atteint 87 ans pour les femmes, il est de notre devoir d'améliorer la qualité de vie de nos patientes.

Prise en charge thérapeutique

Approche psychosomatique

Désir et plaisir sont liés en boucle



- Rompre le cycle et sortir de l'engrenage -

RÉGINE LEMOINE-DARTHOIS
ÉLISABETH WEISSMAN

Un âge
nommé
désir

Féminité et maturité

ALBIN MICHEL



FRANÇOISE
Laborde

C'EST ENCORE MIEUX
À 50 ANS !

RÉCIT

DOSSIER

FANNY ARDANT (64 ANS) **Belle des beaux jours**

« *Tous les âges sont ceux du possible* », disait-elle en juin à la sortie du joli film de Marion Vernoux, « les Beaux Jours ». Dans le rôle d'une jeune retraitée tombant follement amoureuse d'un garçon de vingt ans son cadet, Fanny Ardant, 64 ans, y est l'incarnation parfaite de la « sexygénéraire ». Silhouette impeccable, blondeur surprenante, juvénile en jean et chemise à carreaux ou femme fatale en tailleur strict et talons hauts, l'actrice irradiait la pellicule. « *Pour moi, gagner en âge, c'est aussi et surtout gagner en insolence et en liberté* », poursuivait-elle. On la croit sur parole. La comédienne, déjà deux fois grand-mère à la ville, est ainsi passée à la réalisation ces dernières années. Son deuxième film, « *Cadences obstinées* », sortira en salles le 4 décembre. Toujours aussi passionnée, et aussi enthousiaste. **ÉLODIE LEPAGE**

