N° 06 | 2023

www.pharmactuel.ch

pharmActuel

CAHIER SCIENTIFIQUE À THÈMES

2023
N° 06

- Atrophie vulvo-vaginale
- Incontinence urinaire
- Infections urogénitales
- Infections sexuellement transmissibles
- Dermatoses vulvaires

TROUBLES UROGÉNITAUX

de la femme

Éditorial

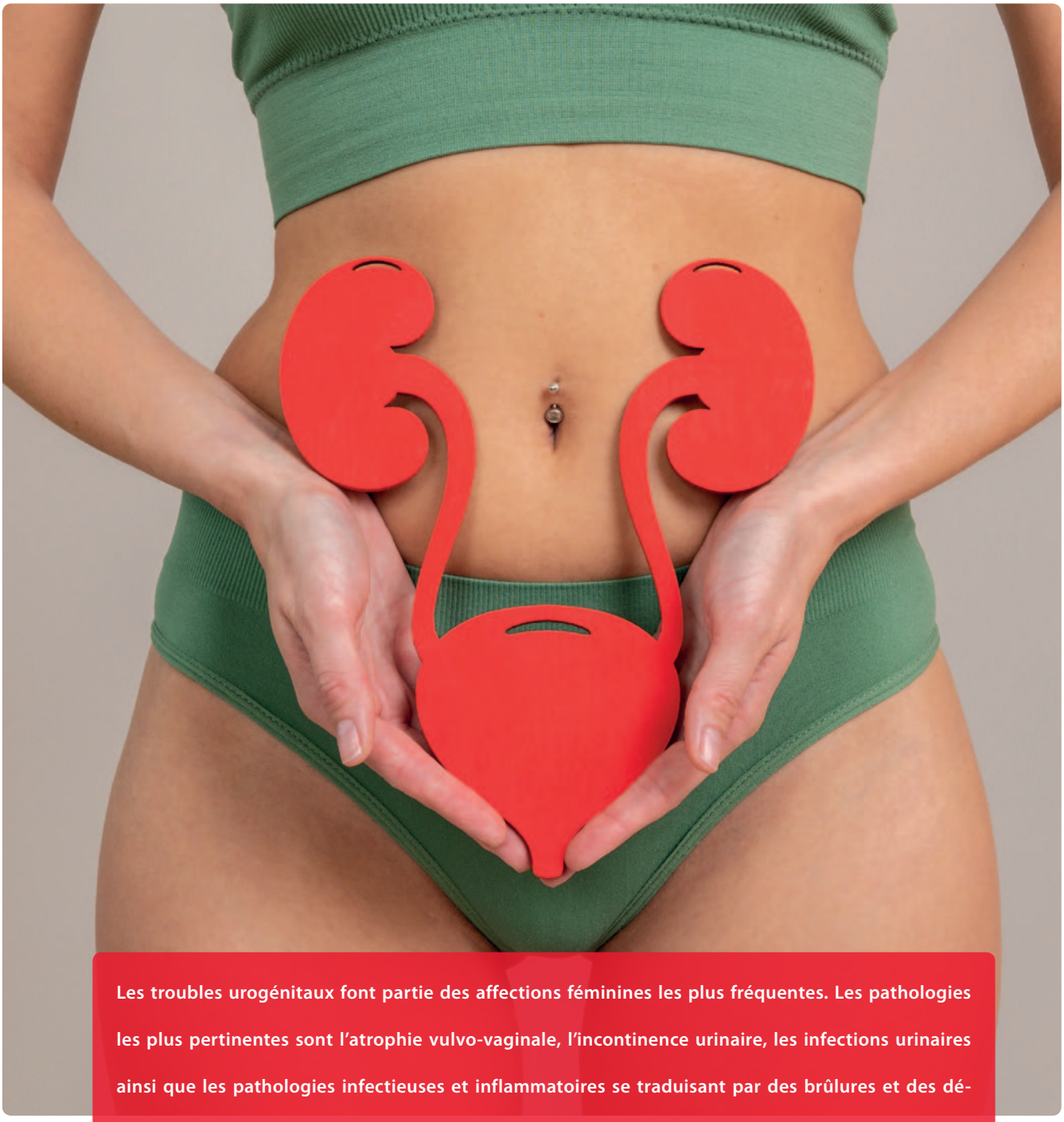


Photo : filins/stock.adobe.com

Les troubles urogénitaux font partie des affections féminines les plus fréquentes. Les pathologies les plus pertinentes sont l'atrophie vulvo-vaginale, l'incontinence urinaire, les infections urinaires ainsi que les pathologies infectieuses et inflammatoires se traduisant par des brûlures et des démangeaisons vulvo-vaginales. Le présent cahier thématique traite du contexte physiopathologique et des options thérapeutiques ainsi que des mesures préventives afin de poser les principes fondamentaux d'un conseil en officine optimal.

Dr Sibylle Oesch-Storch

1. Introduction 5

2. Atrophie vulvo-vaginale 6
2.1. Symptomatologie et causes 6
2.2. Diagnostic 7
2.3. Approches thérapeutiques 7
2.3.1. Produits hydratants 7
2.3.2. Œstrogénisation locale 8
2.3.3. Thérapie au laser 9

3. Incontinence urinaire de la femme 10

3.1. Formes d'incontinence urinaire 10
3.2. Causes 11
3.3. Diagnostic 11
3.4. Options thérapeutiques 12
3.4.1. Traitement de l'incontinence d'effort 12
3.4.2. Traitement de l'incontinence par urgenturie 14
3.5. Moyens auxiliaires pour l'incontinence 16
3.6. Soins cutanés 16

4. Cystite 17

4.1. Symptomatologie et causes 17
4.2. Traitement de la cystite aiguë simple 18
4.2.1. Traitement non antibiotique 18
4.2.2. Antibiothérapie 18
4.3. Prévention des infections urinaires récidivantes 20

5. Infections vaginales 22

5.1. Vaginose bactérienne 22
5.2. Candidose 23
5.3. Infections sexuellement transmissibles 25
5.3.1. Chlamydioses 25
5.3.2. Papillomavirus humain (HPV) 26
5.3.3. Herpès génital 27

6. Dermatoses vulvaires 28

6.1. Dermatite vulvaire 28
6.2. Lichen scléreux vulvaire 28

7.	Références	31
8.	Abréviations	35
9.	Liens	36
10.	Annexe	37
10.1	Degrés de recommandation selon l'algorithme de l'ICS 2020	37
10.2	Exemple d'un calendrier mictionnel	37
10.3	Algorithme du prurit vulvaire	38
11.	Contrôle des connaissances	39

Troubles urogénitaux de la femme

Ce cahier est un produit d'IFAK DATA SA. Il a été réalisé en collaboration avec le groupe de travail pharmActuel.

→ *Auteure :*
Oesch-Storch, Sibylle, Dr. phil. II, Moosseedorf

→ *Réviseuse :*
Zivanovic, Irena, Dr med.
Spécialiste FMH en gynécologie obstétrique
Titre de formation approfondie en gynécologie obstétrique
Titre de formation approfondie en urogynécologie
Médecin-cheffe du département de gynécologie et du centre de la vessie et du plancher pelvien
Hôpital cantonal de Frauenfeld

Ce cahier est conforme à l'état des connaissances en septembre 2023. Les informations ont toutes été rigoureusement contrôlées mais sont publiées avec les réserves d'usage.

Pour faciliter la lisibilité du texte, nous avons privilégié soit le genre masculin, soit le genre féminin. Dans chaque cas, on entend les deux genres.

FPH Officine Cette manifestation est accréditée FPH Formation continue

IFAKDATA

Partie intégrante du programme annuel de formation de pharmActuel
au prix de CHF 350.- hors TVA. 6 parutions par an
Également accrédité pour la formation postgrade en pharmacie d'officine
et le Certificat de formation complémentaire FPH Anamnèse en soins primaires
(rôle 1. Expert.e pharmaceutique).

1 Introduction

Les troubles urogénitaux tels que l'incontinence urinaire, les infections des voies urinaires ainsi que les affections vulvo-vaginales, qui se traduisent par des démangeaisons, une sécheresse vaginale et des brûlures font partie des affections féminines les plus fréquentes. Elles touchent pratiquement toutes les femmes sous une forme ou une autre au cours de leur vie. De nombreuses maladies féminines sont liées à un sentiment de honte, raison pour laquelle les femmes concernées ne consultent souvent que tardivement ou n'abordent pas du tout ces problèmes. Pourtant, en règle générale le traitement de ces affections est simple et la réponse thérapeutique bonne.

« Le présent cahier thématique fournit les connaissances de base pour un conseil fondé et la mise en pratique de nouveaux enseignements. »

Les récidives et les évolutions chroniques peuvent entraîner une forte diminution de la qualité de vie. Les conséquences possibles sont des problèmes avec le/la partenaire, l'isolement social et des maladies psychiques.

Un diagnostic et un traitement adéquats prennent par conséquent toute leur importance. Même si de nombreuses maladies abordées ci-après sont délicates à investiguer en pharmacie, l'équipe officinale n'en a pas moins un rôle important à jouer. Elle peut en effet apporter une contribution précieuse à la prévention, à l'information, au triage et au traitement, ainsi que donner des conseils pour une approche non médicamenteuse et pour une utilisation correcte des thérapies médicamenteuses.

La santé des femmes est un vaste domaine qui ne peut être qu'effleuré dans le cadre de ce cahier de formation continue. Ainsi, le présent cahier thématique traite des pathologies de l'appareil génito-urinaire les plus fréquentes et les plus pertinentes pour la pharmacie et fournit les connaissances de base pour un conseil fondé et la mise en pratique de nouvelles compétences.

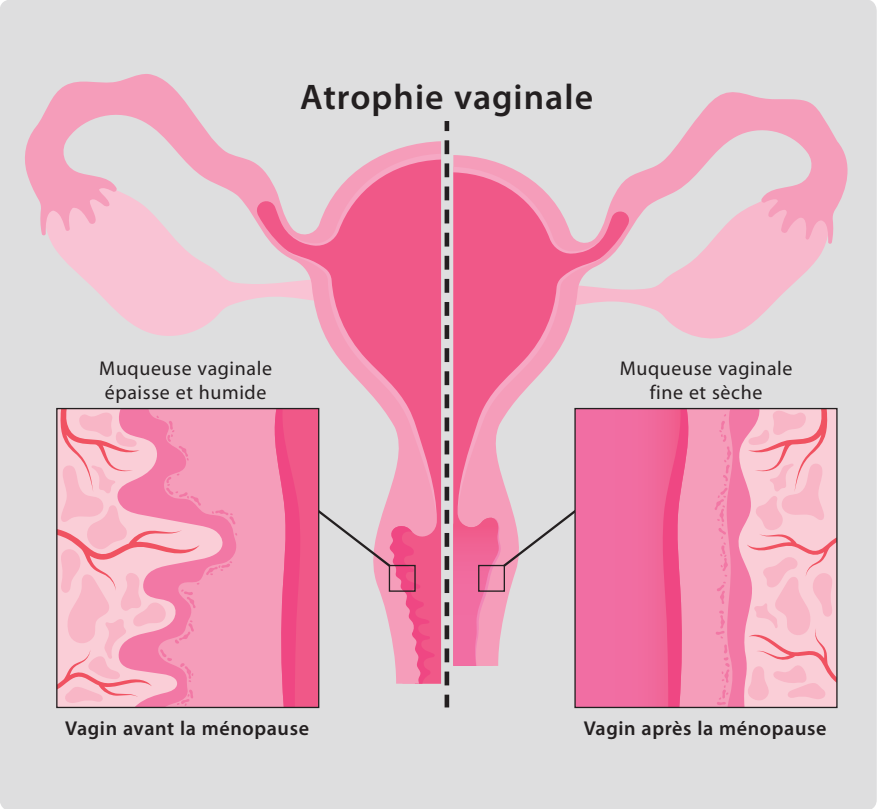
De nombreuses maladies typiquement féminines sont associées à un sentiment de honte, raison pour laquelle les femmes ne demandent souvent pas d'aide ou trop tardivement, alors que ces maladies sont souvent facilement traitables

Source: Pixel-Shot /stock.adobe.com

2 Atrophie vulvo-vaginale

La sécheresse vaginale est principalement favorisée par les changements hormonaux tels que la carence en œstrogènes liée à la ménopause. Le système urogénital peut ainsi être particulièrement sensible à la carence œstrogénique. En effet, la vulve et le vagin ne sont pas les seuls à être touchés par ces modifications caractéristiques, la vessie et l'urètre le sont également. C'est la raison pour laquelle, en 2014, la Société nord-américaine de la ménopause (North American Menopause Society, NAMS) a introduit le terme de « syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) » comme nouvelle appellation pour désigner l'atrophie vulvo-vaginale (AVV) liée à la ménopause.

Muqueuse vaginale avant et après la ménopause Source : Pepermpron/stock..adobe.com



2.1 Symptomatologie et causes

Les principaux signes et symptômes de l'AVV sont une sensation de sécheresse, un prurit (démangeaisons), des douleurs à type de brûlure de la région vulvo-vaginale, des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie) ainsi que des saignements de contact. La sécheresse vaginale favorise en outre une colonisation vaginale accrue par des germes pathogènes (voir encadré 1).

Le syndrome urogénital de la ménopause est secondaire à la carence croissante en œstrogènes. Ce syndrome touche jusqu'à plus de 80 pour cent des femmes ménopausées et se manifeste entre autres par des infections urinaires récidivantes, des douleurs lors des rapports sexuels, une dysurie, une incontinence et une sécheresse vaginale. Jusqu'à 85 % des femmes de plus de 40 ans présentent une sécheresse vaginale et un prurit, et jusqu'à 60 % une dyspareunie, la prévalence allant en augmentant avec l'âge. Les troubles vulvo-vaginaux sont encore largement considérés comme un sujet tabou et sont rarement abordés directement. Même dans la littérature, ce sujet a une place de parent pauvre, alors que tant de femmes ménopausées sont concernées. Ces changements typiques de la région vulvo-génitale entraînent une altération croissante de la vie

Encadré 1: Symptomatologie primaire de l'atrophie vulvo-vaginale (syndrome génito-urinaire de la ménopause, SGUM) [1, 2]

- → Sensation de sécheresse, démangeaisons, douleurs à type de brûlure de la région vulvovaginale
- → Douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie), altération de la vie sexuelle, baisse de la qualité de vie
- → Saignements de contact
- → Dysurie, incontinence
- → Susceptibilité accrue aux infections urogénitales telles que les infections urinaires récidivantes

Encadré 2: Causes potentielles de sécheresse vaginale [3, 7]

- → Ménopause
- → Grossesse, allaitement
- → Prise de médicaments tels que les contraceptifs hormonaux, en particulier ceux à faible teneur en œstrogènes, les inhibiteurs de l'aromatase vanastrozole/létrozole, les chimiothérapies traditionnelles, les antidépresseurs tels que le citalopram/la mirtazapine, le chlorure de trospium, les antihistaminiques tels que la doxylamine
- → Radiothérapie locale du bas-ventre, interventions chirurgicales ovariennes
- → Maladies sous-jacentes telles que le syndrome de Sjögren (maladie auto-immune systémique de type rhumatismal), endométriose, diabète, sclérose en plaques, maladies inflammatoires chroniques tels que le lichen scléreux
- → Obésité
- → Tabagisme
- → Hygiène intime excessive (utilisation excessive de savon et d'agents nettoyants)

sexuelle ainsi qu'une baisse considérable de la qualité de vie. Le SGUM est en outre associé à une risque nettement accru d'états dépressifs et anxieux.

L'épithélium vaginal est doté de récepteurs aux œstrogènes qui, sous stimulation hormonale, maintiennent l'épaisseur et la souplesse de la paroi vaginale. La disparition de la production ovarienne d'œstrogènes entraîne un amincissement sensible de l'épithélium vaginal et la perte de sa souplesse associés à une sécheresse croissante en raison de la baisse de la production de sécrétions vaginales. L'effacement des plis de la muqueuse vaginale et l'amincissement de l'épithélium ne se manifestent cliniquement qu'à la fin de la ménopause, ce processus étant progressif. La sécheresse vaginale survient dès le début de la postménopause. Contrairement aux symptômes de la ménopause, les symptômes urogénitaux ne diminuent pas avec l'âge.

Les changements hormonaux entraînent également une modification du microbiome vaginal, avec une baisse du nombre de lactobacilles et une augmentation du pH vaginal jusqu'à 6,0 à 8,0. Ce pH plus alcalin entraîne des modifications de la flore vaginale et est en partie responsable d'une susceptibilité accrue aux infections mais aussi de douleurs, voire de saignements lors des rapports sexuels.

Outre les femmes postménopausées, environ un quart des jeunes femmes sous contraceptifs oraux présentent des atrophies vulvo-vaginales. Un autre groupe important de femmes présentant une atrophie vulvo-vaginale est celui des patientes sous hormonothérapie suppressive par tamoxifène ou inhibiteurs de l'aromatase en traitement adjuvant d'un carcinome mammaire. L'encadré 2 présente d'autres causes potentielles [1, 3-7].

2.2 Diagnostic

Le diagnostic d'atrophie vulvo-vaginale se pose d'abord sur la base d'une anamnèse approfondie et d'un examen gynécologique. L'indice de santé vaginale (*Vaginal Health Index Score*, VHIS) a été mis au point pour objectiver les signes d'atrophie vaginale. Un autre questionnaire standardisé permet également d'évaluer l'impact sur la qualité de vie. Le score VHI et le questionnaire sont principalement utilisés dans le cadre des études cliniques. En cas de troubles vulvo-vaginaux et urologiques, différents diagnostics différentiels doivent être pris en compte (voir encadré 2). Les examens de laboratoire ne sont en général pas nécessaires, sauf pour exclure d'autres diagnostics [1, 7].

Conseils pour l'officine n° 1 : Soins de la sphère intime

- → Renoncer au port de vêtements trop serrés et au rasage des régions intimes
- → Éviter les diaphragmes vaginaux et les spermicides
- → Porter des sous-vêtements en coton ou en soie
- → Pas d'hygiène intime excessive
- → Toilette anale appropriée par un geste d'avant en arrière après passage à la selle pour prévenir une infection par contact
- → En principe, l'eau tiède suffit pour nettoyer les parties intimes. Si des lotions nettoyantes sont souhaitées, il faut utiliser un produit doux de pH neutre sans désinfectant ni parfum. Mieux vaut renoncer aux douches vaginales
- → En cas d'irritation ou de sécheresse cutanée, appliquer des soins cutanés relipidants de type crème grasse (p. ex. Deumavan® Pommade protectrice Intime nature, Linola® Baume protecteur), qui ne doivent être appliqués que sur la peau en évitant les muqueuses
- → Les tampons imprégnés de yogourt ou d'huile sont à éviter
- → Préférer les serviettes aux tampons, en particulier en cas de saignements menstruels faibles, les tampons pouvant aggraver la sécheresse vaginale par absorption des sécrétions [3, 12-15].

2.3 Approches thérapeutiques

La qualité de vie pouvant être durablement affectée et les troubles ne s'améliorant pas en l'absence de traitement, l'atrophie vaginale doit être traitée. Des approches thérapeutiques simples permettent une amélioration sensible des troubles locaux et de la vie sexuelle. Outre le maintien de la qualité de vie, un autre objectif est de prévenir conséquences urogynécologiques secondaires telles que la susceptibilité accrue aux infections. Le traitement doit être débuté le plus tôt possible et appliqué de manière continue. En cas d'atrophie vulvo-vaginale postménopausique, le traitement doit être considéré comme un traitement à long terme. Outre les préparations vaginales non hormonales, le traitement du SGUM fait appel à l'œstrogénisation locale classique ainsi que, de plus en plus, à la thérapie locale au laser. L'un des principaux critères de choix du traitement est la préférence de la patiente. En cas de rétrécissement vaginal important, une dilatation prudente à l'aide d'un dilatateur humidifié – qui se présente sous forme de ballonnet gonflable –, éventuellement combinée à une rééducation du plancher pelvien, peut s'avérer judicieuse. Une activité sexuelle régulière réduit en outre la probabilité d'une future dyspareunie [1, 4, 7, 8].

> « Les préparations vaginales non hormonales, l'œstrogénothérapie locale et la thérapie vaginale par laser entrent en ligne de compte pour le traitement. »

2.3.1 Produits hydratants

Les préparations vaginales non hormonales font partie des approches de première intention. On distingue les lubrifiants des humidifiants et gels hydratants à longue durée d'action (appelés hydratants) et des crèmes (appelées émollients). Le niveau de preuve scientifique est faible. Selon les données d'études, aucune différence significative n'a été constatée entre l'utilisation de préparations à base d'œstrogènes, de produits hydratants et d'un placebo en ce qui concerne les symptômes subjectifs. Chacune de ces interventions n'en a pas moins permis une amélioration des symptômes vulvo-vaginaux subjectifs. Selon les directives S3 « Péri- et postménopause – Diagnostic et interventions », des produits hydratants et lubrifiants, seuls ou en association à un traitement œstrogénique vaginal, doivent être proposés à toutes les femmes ayant une sécheresse vaginale symptomatique. Le traitement peut être poursuivi aussi longtemps que nécessaire.

Les lubrifiants ne sont efficaces que pendant les rapports sexuels, les gels et crèmes hydratants à longue durée d'action ainsi que les suppositoires vaginaux peuvent avoir un effet hydratant qui dure

jusqu'à 24 heures. Les hydratants vaginaux à longue durée d'action contiennent généralement de la glycérine, de l'acide hyaluronique ou de l'acide lactique (p. ex. Multi-Gyn® LiquiGel, Vagisan® crème humide, Ialuna® ovules) [3, 7-11].

2.3.2 Œstrogénisation locale

L'œstrogénisation vaginale est recommandée en cas de symptômes très marqués ou en cas de persistance des symptômes malgré un traitement vaginal non hormonal, à condition qu'elle ne soit pas contre-indiquée. Les œstrogènes intravaginaux, ayant un effet bénéfique sur les symptômes urogénitaux du SGUM, ils sont en outre recommandés en cas d'incontinence urinaire et d'infections urinaires récidivantes (voir figure 1). La plupart du temps, on utilise des crèmes pour une application topique vaginale, mais on trouve également dans le commerce des comprimés vaginaux, des ovules ou des gels (voir tableau 1). L'application est recommandée avant le coucher. L'effet se manifeste déjà après 12 heures. En l'espace de quelques semaines, on observe une réduction des troubles chez 80 à 90 pour cent des femmes.

En cas de traitement local par œstrogènes, la préférence doit être donnée aux préparations à base d'œstriol (E3). En effet, l'application intravaginale d'œstradiol (E2) pouvant entraîner des taux systémiques élevés d'œstradiol, ils sont contre-indiqués. L'absorption des œstrogènes de puissance inférieure, tel l'œstriol, est limitée mais leur effet sur la paroi vaginale est suffisant. À ce jour, il n'existe pas de preuve d'un risque accru de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, de thromboembolies et de cancers (sein, endomètre, côlon) sous ce traitement.

« Le traitement par œstrogènes vaginaux est également recommandé en cas d'incontinence urinaire isolée et d'infections urinaires récidivantes. »

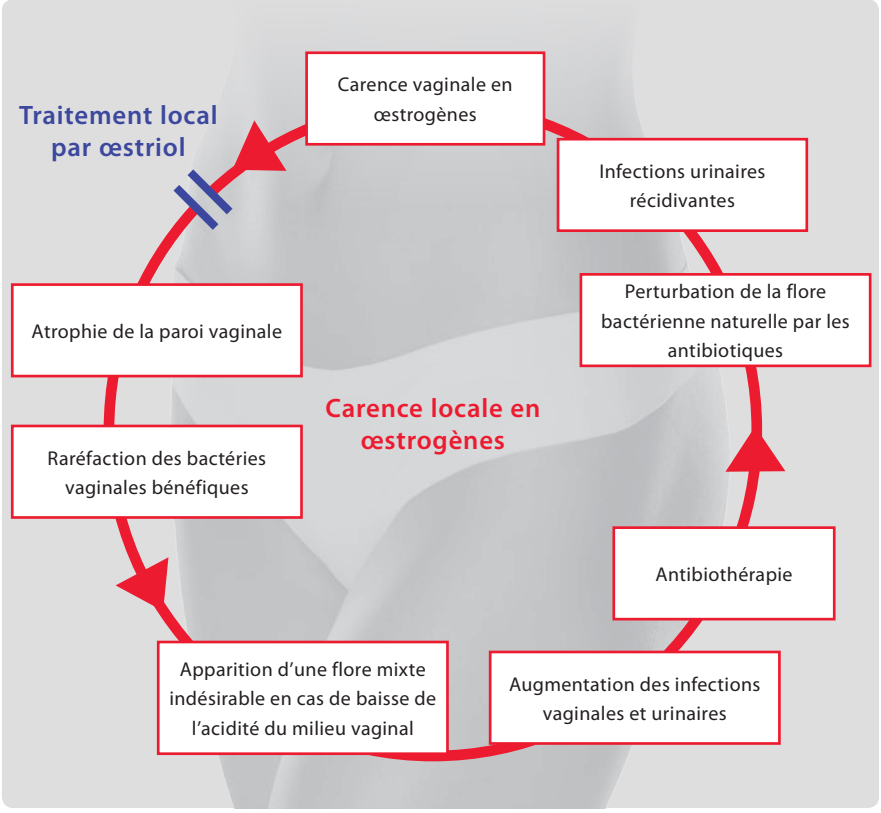
Selon une revue Cochrane, toutes les formulations ont une efficacité et une sécurité comparables. Outre la réduction des symptômes vaginaux (amélioration de la vascularisation et de l'humidification vaginale, augmentation de l'épaisseur de l'épithélium, diminution du pH vaginal), l'œstrogénisation locale permet également de réduire l'incidence des infections urinaires récidivantes et de diminuer les symptômes d'incontinence urinaire. Un progestatif pour la protection de l'endomètre n'est normalement pas nécessaire lorsqu'on respecte de faibles doses d'entretien.

Un traitement hormonal substitutif (THS) systémique sera indiqué si, outre les symptômes du SGUM, d'autres troubles de la ménopause sont présents. En cas de troubles exclusivement urogénitaux, l'œstrogénothérapie locale est toutefois supérieure à l'œstrogénothérapie systémique.

Les points suivants doivent être pris en considération dans le cadre de l'œstrogénisation intravaginale :

→ En l'absence d'amélioration, envisager une augmentation de la dose.
→ L'atrophie vulvo-vaginale peut également survenir chez les femmes sous traitement hormonal substitutif, l'ajout d'un traitement local pouvant le cas échéant être nécessaire.
→ Les symptômes peuvent récidiver à l'arrêt du traitement.
→ Les effets indésirables (EIs) médicamenteux sont très rares en cas d'œstrogénisation locale. En particulier pendant les premières semaines de traitement, une irritation localisée (entre autres sensation de brûlure, démangeaisons, sensation de chaleur) peut survenir, de même que des pertes vaginales inhabituelles *(fluor vaginalis)*, des saignements vaginaux, des infections à Candida ou une mastodynie (douleurs mammaires).
→ S'abstenir de rapports sexuels dans l'heure suivant l'application d'une œstrogénisation intravaginale, afin de prévenir des EIs hormonaux chez le partenaire.
→ En cas de saignements vaginaux, une consultation gynécologique est indiquée pour exclure des pathologies endométriales.

Fig. 1 : Œstrogénisation locale (adapté d'après [102]) Source : vladimirfloyd/stock.adobe.com



Conseils pour l'officine n° 2 : Contraception par préservatifs

En cas de contraception par des préservatifs, mieux vaut préférer les gels hydriques aux crèmes à base de lipides ou utiliser des préservatifs sans latex car les préparations à base de lipides pourraient attaquer le latex (p. ex. Multi-Gyn® LiquiGel et préparations à base d'œstrogènes) [3, 16].