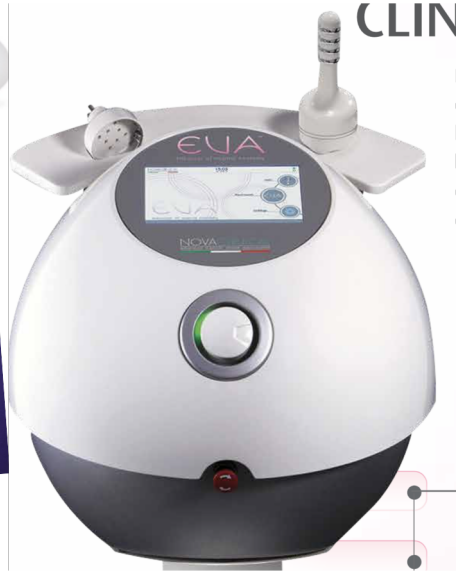
Fig. 2 ThermiVa Handpiece and Portable ThermiVa Generator

SGUM

Le Syndrome Génito Urinaire de la Ménopause …MERCI PIERRE !

OUI mais COMMENT je traite Mme DUCHUMTZ ? En plus, elle ne veut PAS d'hormones..

Fig. 1



Trophicité vulvo-vaginale et sa pathologie: Traitement

Améliorer la trophicité:

- Traitement de la **muqueuse**: Acide hyaluronique - **Oestrogènes** - topiques
- Traitement de la flore
- Traitement de la vascularisation - rééducation

- Traitements spécifiques (injection AH – Toxine Botulique)

PBM/ Laser / Radiofréquence

- Traitements généraux

- acupuncture / hypnose / EMDR

- bilan général…

Trophicité vulvo-vaginale et sa pathologie: Traitement

Traitements généraux:

- **THM ++**
- **SPRM**
- Et **prise en charge générale** : Thyroïde - Vitamine D - Tabac…

Les Oestrogènes locaux

Les lactobacilles

Estring®, efficacité ?

May 1999
Am J Obstet Gynecol

Table III. Distribution of percentage of symptom-free changes for various symptoms between baseline and termination in subjects with initial sign: Subject assessment

	Vaginal dryness	*Pruritus vulvae*	*Dyspareunia*	*Urge incontinence*	*Stress incontinence*	*Dysuria*	*Urinary urgency*	*Urinary frequency*
Symptom-free change in ring group (%)	81	80	71	50	48	50	63	53
Symptom-free change in control group (%)	17	53	10	16	11	44	38	29
Statistical significance*	$P = .001$	NS	$P = .003$	$P = .03$	$P = .003$	NS	NS	NS

→ **Efficacité identique** entre les différentes formes d'oestrogénothérapie locale

Cochrane 2016

Estrogènes par voie vaginale et VVA / SGM :
(Données bibliographiques sur les troubles urinaires)

Revue Cochrane 2012

Recours **estrogènes par voie vaginale**: **Améliore** les symptômes de l'incontinence [1]

- **RR : 0,74** : 95% CI : 0,64-0,86
- **Amélioration** des **symptômes** chez un plus grand nombre de femmes traitées par estrogène par **voie locale *vs* placebo** [2]
- **Aucune donnée** sur la persistance de l'effet **après l'arrêt du traitement**[2]
- *A contrario*, recours aux e**strogènes par voie systémique** pourrait **aggraver** les manifestations **d'incontinence**

1. Ewies AAA & Alfhaily F. To Topical vaginal estrogen therapy in managing postmenopausal urinary symptoms: a reality or a gimmick? Climacteric. 2010;13:405-18
2. Revue Cochrane 2012 – Oestrogen therapy for the urinary incontinence in post-menopausal women (review)

Estrogènes par voie vaginale et VVA / SGM :
(Données bibliographiques sur les troubles urinaires)

Infection urinaire

- **Traitement local** par oestrogènes: diminue significativement le nombre d'infections urinaires (bactériologie à l'appui) (1)

- Une étude randomisée en double aveugle met en évidence(2)
  - **Réduction par 10** des infections urinaires avec un estrogène par **voie locale**
    - 0,5 épisode par patient année *Vs* 5,9
    - **Réapparition des lactobacilles** au bout d'une mois de traitement chez 60 % des femmes traitées par estrogènes contre 0 avec le placebo
    - **Décroissance du pH** de 5,5 (+/-0,7) à 3,6 (+/-1)

Revue Cochrane 2008 (3) → THS par voie générale est moins efficace qu'un traitement local pour lutter contre ces infections

1. Ewies AAA & Alfhaily F. To Topical vaginal estrogen therapy in managing postmenopausal urinary symptoms: a reality or a gimmick? Climacteric. 2010;13:405–1
2. Raz R et al. Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women Korean Journal of Urology. 2011;52:801-8
3. Perrotta C et al. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in post-menopausal women. Cochrane database Syst Rev. 2008

Estrogènes par voie vaginale et VVA / SGM :
(Données bibliographiques sur les troubles urinaires)

- **Hyperactivité vésicale**

- Équivalent aux anticholinergiques sans les effets secondaires …

1. Ewies AAA & Alfhaily F. To Topical vaginal estrogen therapy in managing postmenopausal urinary symptoms: a reality or a gimmick? Climacteric. 2010;13:405–18
2. Raz R et al. Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women Korean Journal of Urology. 2011;52:801-8
3. Perrotta C et al. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in post-menopausal women. Cochrane database Syst Rev. 2008

Syndrome génito-urinaire, SGUM

Durée de traitement des estrogènes par voie vaginale dans la VVA/SGM

- **SELON IMS : « 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»**

  - Explorer complètement les patientes qui présentent des saignements pour éliminer toute pathologie endométriale associée

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

Estrogènes locaux et SGUM

Carolyn J Crandall - Menopause (New York, N.Y.) 2017.

"Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study"

45663 Femmes de 50 à 79 ans (WHI)

Surveillance 7,2 ans avec estrogène local

→ **PAS** d'augmentation du risque de cancer

Sein – endomètre – colorectal

Syndrome génito-urinaire, SGUM

- **THM et VVA / SGM**

- **10 à 25%** des femmes utilisant un THM souffrent encore de symptômes liés à l'atrophie urogénitale

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

- **Intérêt de l'adjonction de lactobacilles à l'estriol**

- **Amélioration** subjective de l'**incontinence** 76% vs 41% (p<0,01),
- **Amélioration** significative de la **lubrification vaginale,** de l'**AVV,** de la **dyspareunie,**
- **Amélioration** de la **pression de clôture** du sphincter urétrale et de la transmission abdominale.
- **Diminution** significative de la **bactériurie** (8 à 3%) et du pH vaginal

- **Effet synergique +++ de l'association oestrogènes locaux + Lactobacilles + Rééducation**

CAPOBIANCO & coll Archives of Gynecology and Obstetrics 2013

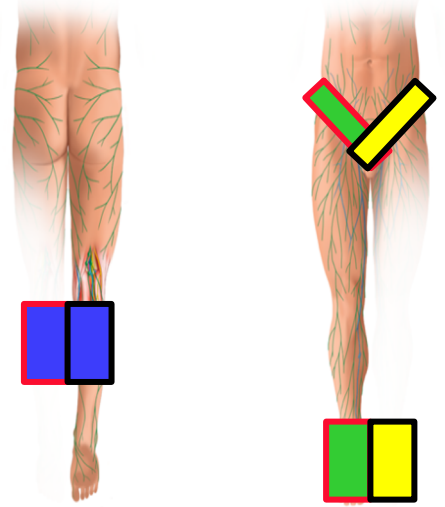
Lubrifiants, Hydratants

Lubrifiants	Compositions variées : Eau ++, Silicone, Huile minérale ou végétale, Glycérine Hydratation rapide mais brève (rapport sexuel)
Hydratants	Humidie le vagin, mimant les sécrétions Adhère à l'épithélium vaginal et diminue son pH Hydratation rapide mais à court terme (< 3 jours) Choisir en fonction : Osmolarité, pH, glycérine
Acide Hyaluronique	Améliore l'élasticité du tissu conjonctif et l'hydratation de la muqueuse Soulage vite et durablement Efficace sur les symptômes mais à court terme (< 3 jours)

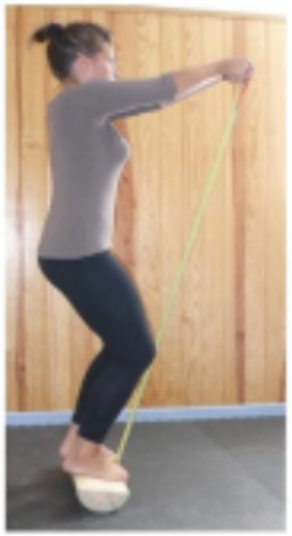
Apports de la rééducation périnéale:

Stimulation trophique des Cellules Musculaires lisses Vasculaires 1-3 Hz / 2-3 ms :

- Application d'**électrostimulation fonctionnelle exponentielle** inverse sans collapsus microcirculatoire
- **Action trophique diffuse** par stimulation du plexus veineux pelvien (MI + petit bassin)
- **Tonification des fascias** par stimulation des CML de leur fibroblastes
- Stimulation de la production d'**élastine** et de **collagène**



Logsurf



non invasive

sans toucher vaginal

pas de sonde nécessaire

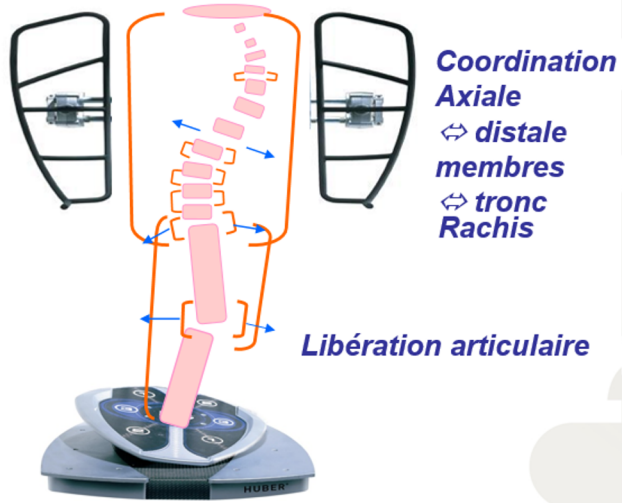
très peu de contre-indications

utilisable en auto rééducation

Waff

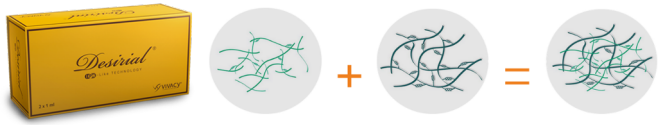
Innovo

Le principe Huber® HUBER

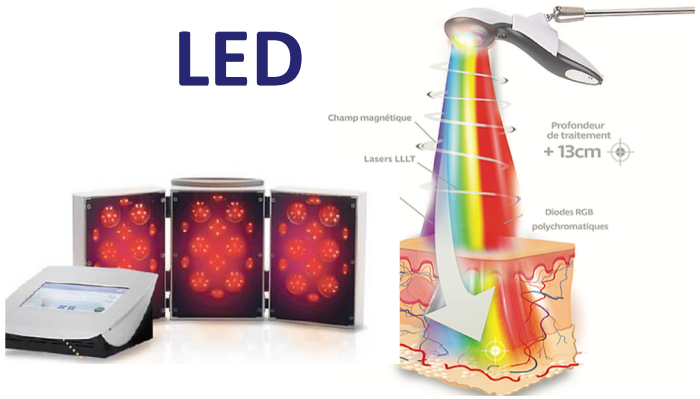


Les nouvelles techniques

Acide hyaluronique



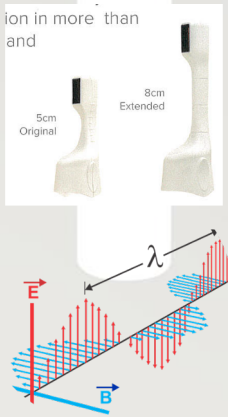
LED



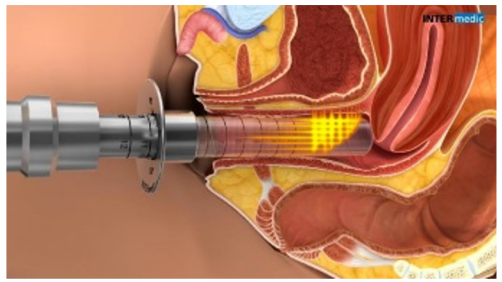
Radiofréquence

(Winback® intimity)

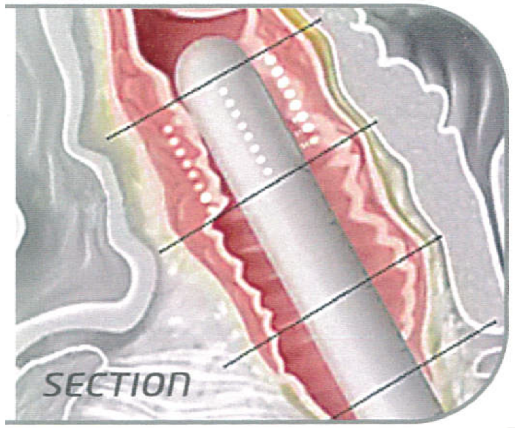
VIVEVE EVA



Laser vaginal



HIFU



EVA

Quelles technologies ?

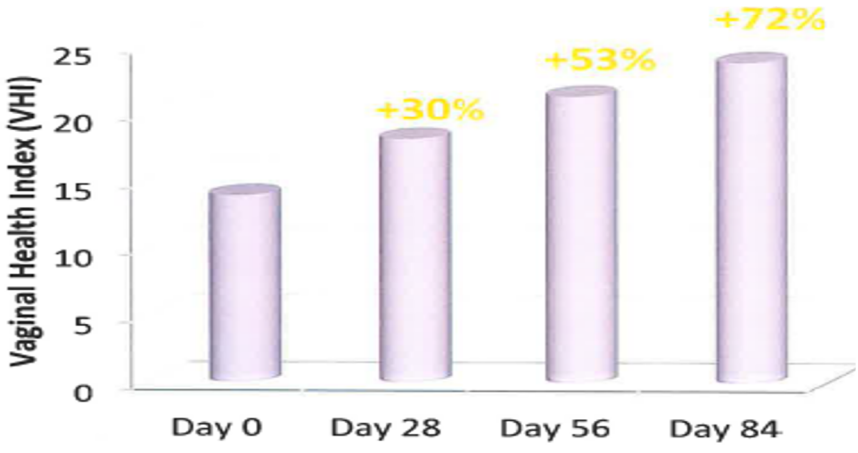
→ Lubrifiants, Hydratants, cicatrisants

- **Acide Hyaluronique** Local Injectable (Désirial®)
- **Laser** CO2 fractionné/Erbium : YAG (Mona Lisa® touch, FotonaSmooth®)
- **Radiofréquence** (EVA,Indiba, Winback® intimity)
- **Photobiomodulation LED** (Milta)

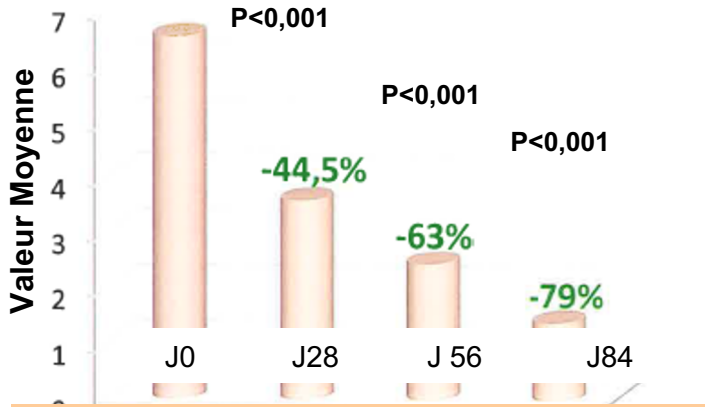
Principaux Résultats

Mucogyne

Critère principal :
Diminution significative de la sècheresse VV



Critère secondaire :
Amélioration significative de l'index de santé vaginale (pH, elasticité, fluide, hydratation ,epithelium)

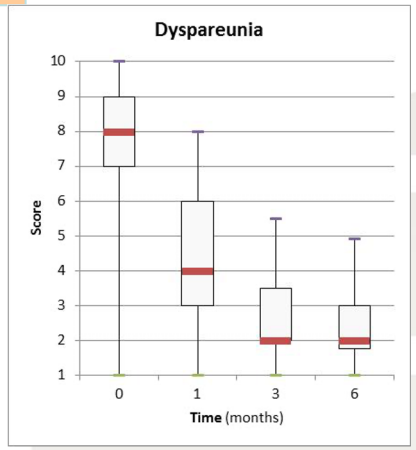


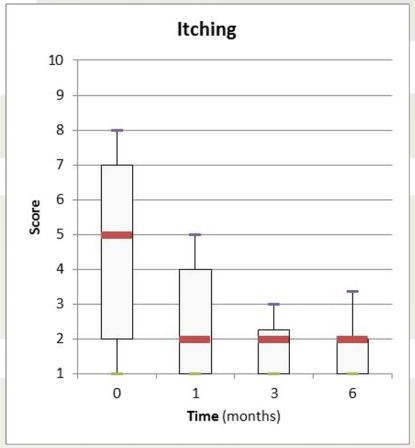
Diminution significative des douleurs et/ou dyspareunies

Average values of pain off intercourses and during intercourses at each time point.

Etude DESIRIAL: Résultats préliminaires

<u>Traitement trophique</u> → L' AH superficiellement dans la muqueuse vestibulaire et dans la zone de l'introitus vaginal (n=17)





Evaluation des symptômes associés

Laser
Erbium : YAG

- Longueur d'onde : 2 490 nm
- Non ablatif -> effet **thermique** pur -> stimule fibroblastes
- Forte absorption
- Faible profondeur

Laser
CO2 fractionné

- Longueur d'onde : 10 600 nm
- **Ablatif** -> carbonisation -> nécrose de coagulation -> néocollagénèse
- 10x plus absorbant
- 10x plus en profondeur

Mécanismes d'action

Respecter les contre-indications et la surveillance

Résultats laser	CO2	Erbyum Yag
Trophicité	+	+
IUE :		
Intra vaginal	+	+
Intra urétral	Pas de sonde sous CO2	+
Relâchement Vaginal	+	+

Que dit la littérature ?

Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO_2 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]

Laser/Estriol/Laser + Estriol

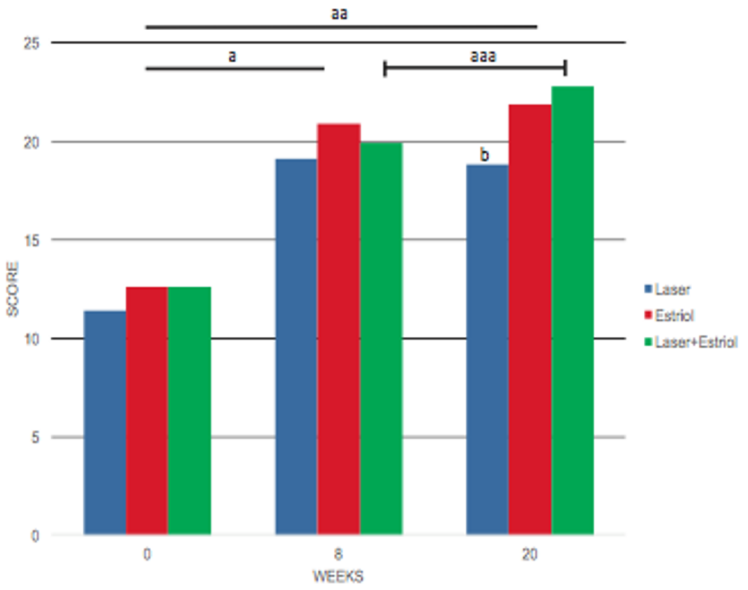


FIG. 2. VHI score of different treatment arms at multiple time-points. [a]Wilcoxon test $P < 0.05$, all groups; [aa]Wilcoxon test $P < 0.001$, all groups; [aaa]Wilcoxon test, LE week 8 vs week 20, $P = 0.01$; [b]Kruskal-Wallis test, L vs E and LE, $P < 0.05$; Friedman test for multiple time-points, $P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

Laser/Estriol/Laser + Estriol

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.
[a]ANOVA.
[b]Friedman test.
[c]Least 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.
[a]Paired student t test.
[b]Least significant difference analysis: E vs LE, $P < 0.05$

FDA « Garante de la santé des femmes »

Laser / Radiofréquence

- **Pas de preuves** d'efficacité/sécurité pour les « cures de rajeunissement » gynécologiques et urinaires

- Met en garde sur les dangers potentiels de protocoles non validés

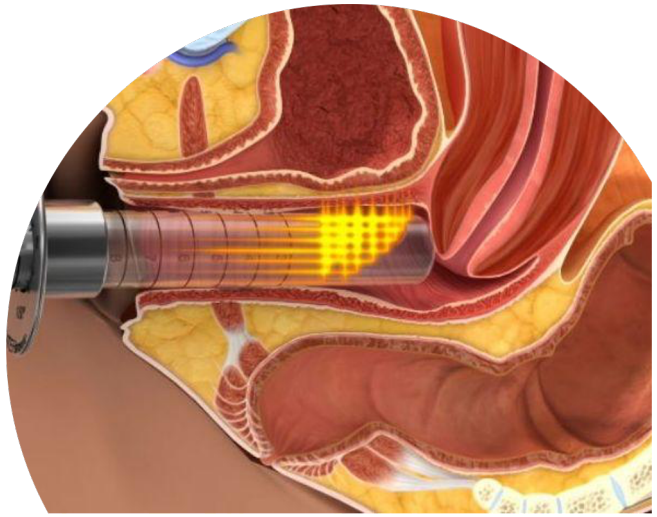
FDA 30 juillet 2018

Recommandations 2019 : ICS / ISSVD

The clinical role of LASER for vulvar and vaginal treatments in gynecology and female urology : An ICS/ISSVD best practice consensus document

Restauration vaginale: Indications du laser

- **En seconde intention**



- Après **échec** des traitements **locaux** de 1ère intention
- En l'absence de contre-indication
- Après information des risques, délai de réflexion et **consentement signé** des patientes
- **Assurance prévenue** de cette activité en privé ou remplacement
- Praticiens formés

CNGOF 2021

- Les Lasers vaginaux CO2 ou ERBIUM:YAG n'ont **pas démontré leur supériorité** face à l'estrogénothérapie locale (NP3) et ne ne constituent pas les traitements à proposer en première intention dans l'AVV. (Grade C)
- Le traitement par Laser vaginal CO2 fractionné **améliore les symptômes génitaux du SGUM**. (NP3)
- Chez les patientes présentant une contre-indication aux traitements hormonaux locaux, un traitement par Laser vaginal CO2 ou ERBIUM:YAG pourrait s'envisager après information des risques (brûlure, sténose, douleur). (Avis d'experts)
- Des **études sont nécessaires** pour préciser la place du Laser dans cette situation-là.

Traitements physiques de l'atrophie vulvovaginale. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi

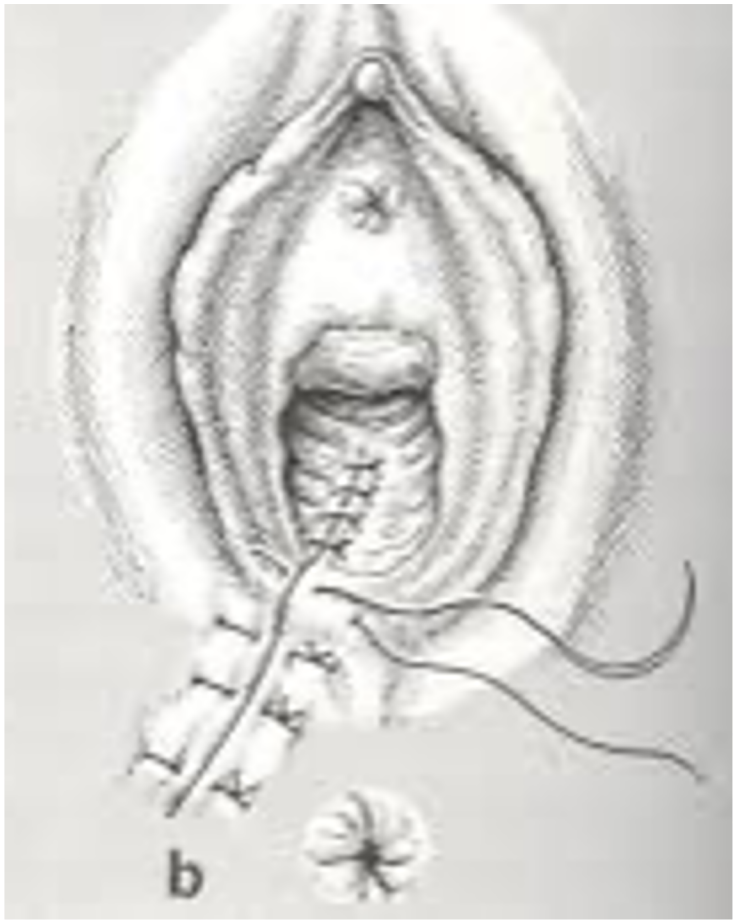
E. Maris [a,*], J. Salerno [b], B. Hédon [a], P. Mares [b]

Restauration vaginale: Indications de la radiofréquence

- **Douleurs** périnéales

- **Cicatrices**
  - Accélérer la cicatrisation
  - Complications : infection, désunion, douleur, thrombus

- **Sécheresse**, Atrophie, Dyspareunies
- **Béance vaginale, prolapsus**



RF Quadripolaire:

MINERVA GINECOLOGICA

VOL. 68 · 2016

TECHNOLOGICAL EVOLUTION IN THE RADIOFREQUENCY TREATMENT OF VAGINAL LAXITY AND MENOPAUSAL VULVO-VAGINAL ATROPHY AND OTHER GENITOURINARY SYMPTOMS: FIRST EXPERIENCES WITH A NOVEL DYNAMIC QUADRIPOLAR DEVICE

Franco VICARIOTTO, Mauro RAICHI

- **But de l'étude**
  - Etude non randomisée, mise évidence de l'effet thérapeutique et de la sécurité d'EVA (étude préliminaire)

- **Deux populations :**

  A : Non ménopausée, au moins 1 AVB, sensation de laxité vaginal et IUE

  B: Ménopausée : sécheresse vaginale et atrophie , dyspareunie, (SGUM)

- **Traitement reçu:**

  A: 5 SEANCES D'EVA TOUS LES 14 JOURS PENDANT 20 MIN, 42°

  B: 4 SÉANCES D'EVA TOUS LES 10 JOURS, PENDANT 10 MIN, 40°

- **Critères de jugement:**
  - **EVA SGUM 0 à 10** (sécheresse, brûlure, démangeaison, dyspareunie, dysurie, incontinence)
  - **EVA 0 à 10** de satisfaction sexuelle

Description de la population

TABLE I.—*Main characteristics of the two populations in the two arms of the study. SD, standard deviation; HRT, hormone replacement therapy.*

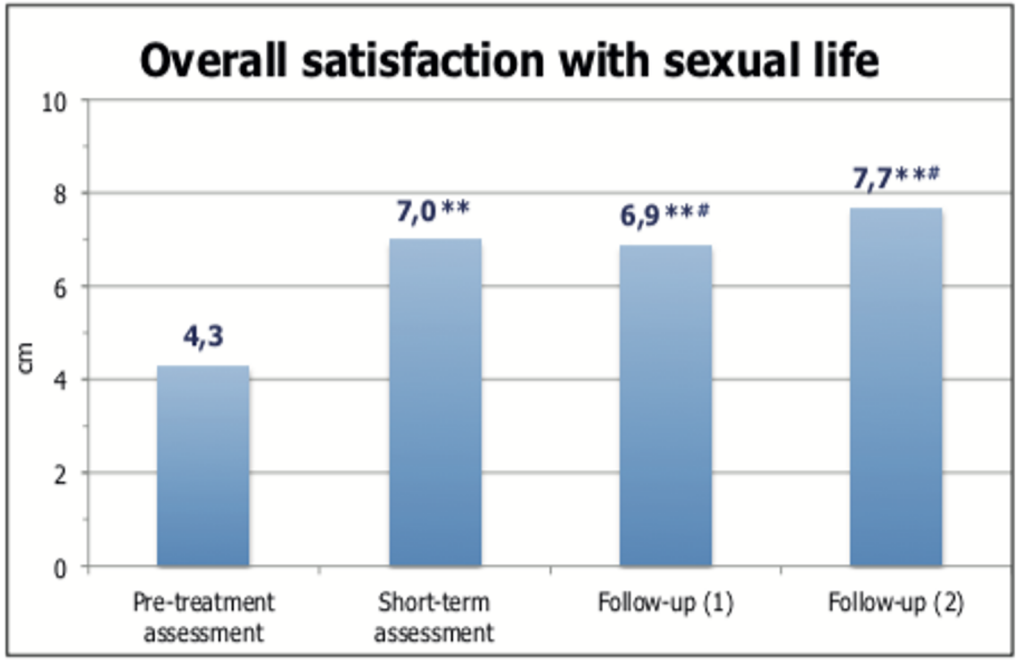
Vaginal laxity arm, study population	
Women completing the five planned DQRF sessions	11
Age (years, mean ± SD)	41.7 ± 5.5
Body Mass Index (kg/m², mean ± SD)	24.1 ± 2.0
Parity (n, %)	
0	1 (9%)
1	3 (27%)
2	4 (36%)
3	3 (27%)
Current sexual activity (n, %)	11 (100%)
Frequency of sexual activity per week	1-4
VVA/GSM arm, study population	
Women completing the four planned DQRF sessions	12
Age (years, mean ± SD)	60.4 ± 6.5
Body Mass Index (kg/m², mean ± SD)	23.0 ± 1.8
Previous live births (n, %)	9 (75%)
Parity	1.7 (1-3)
Current sexual activity (n, %)	7 (58%)
Previous systemic HRT (n, %)	3 (25%)
Months of systemic HRT (months, range)	31 (3-54)

Résultats → Bras B = SGUM

TABLE II.—*Detection and clinical severity of VVA/GSM symptoms in the study population of the VVA/GSM arm of the investigation. Mean scores (±standard deviation); data in cm assessed on 10-cm specifically designed visual analogue scales.*

	N.	Pre-treatment assessment	Short-term assessment	Follow-up (1)	Follow-up (2)
Vaginal dryness	12	8.8±2.4	4.3±1.8 **	3.4±1.7 ** °	3.2±1.9 ** °
Vaginal itching	10	7.5±2.7	3.7±1.9 **	3.0±1.6 ** °	2.6±1.3 ** °°
Vaginal burning	10	7.2±2.5	3.4±1.8 **	3.0±1.7 ** #	2.8±1.4 ** °
Dyspareunia	11	8.7±2.2	4.5±1.9 **	3.0±1.8 ** #	3.1±1.9 ** °
Dysuria/incontinence	8	5.5±2.6	3.0±1.9 *	2.9±1.6 * #	2.6±1.5 ** °

N.: women reporting symptom; *P<0.05 *vs.* basal assessment; **P<0.01 *vs.* basal assessment; °P<0.05 *vs.* first assessment visit; °°P<0.01 first assessment visit; # non-significant *vs.* first assessment visit.



Prolongation de l'étude précédente à un an:

Dynamic quadripolar radiofrequency treatment of vaginal laxity/menopausal vulvo-vaginal atrophy: 12-month efficacy and safety

Franco VICARIOTTO [1] *, Francesco DE SETA [2], Valentina FAORO [3], Mauro RAICHI [4]

[1]Italian Menopause Society, Rome, Italy; [2]University of Trieste and SIGITE (Società Italiana Ginecologia della Terza Età, Italian Society for Golden Age Gynaecology), Trieste, Italy; [3]GCare Multidisciplinary Group for Women Health, Trieste, Italy; [4]Clinical Pharmacology and Biophysics Consultant, Milan, Italy

*Corresponding author: Franco Vicariotto, Italian Menopause Society, Rome, Italy. E-mail: ginecologia@vicariotto.com

Description de la population

TABLE I.—*Demographics and characteristics of study participants.*

Vaginal laxity arm, demographics	
Women completing the planned DQRF sessions	25
Age (years, mean±SD)	41.4±5.8
BMI (kg/m², mean±SD)	24.5±5.0
Parity (N., %)	
0	1 (4%)
1	5 (20%)
2	10 (40%)
3	6 (24%)
≥4	3 (12%)
Current sexual activity (N., %)	24 (96%)
Frequency of sexual activity per week	1-4
VVA/GSM arm, demographics	
Women completing the planned DQRF sessions	32
Age (years, mean±SD)	61.1±6.9
BMI (kg/m², mean±SD)	23.9±4.6
Previous live births (N., %)	23 (72%)
Mean parity (range)	1.7 (1-4)
Current sexual activity (N., %)	18 (56%)
Previous HRT (N., %)	9 (28%)

SD: standard deviation; HRT: hormone replacement therapy.

BRAS B = SGUM, RÉSULTATS A 1 AN

TABLE II.—*Clinical severity of VVA/GSM symptoms, self-assessed mean scores±SEM (10-cm visual analogue scales). Women's estimate before developing VVA/GSM ("before VVA/GSM") and evaluations immediately before the first and the last DQRF treatments ("before first DQRF session", "end of DQRF sessions") and at follow-up visits 1, 2, 6, 9 and 12 months after the last DQRF session.*

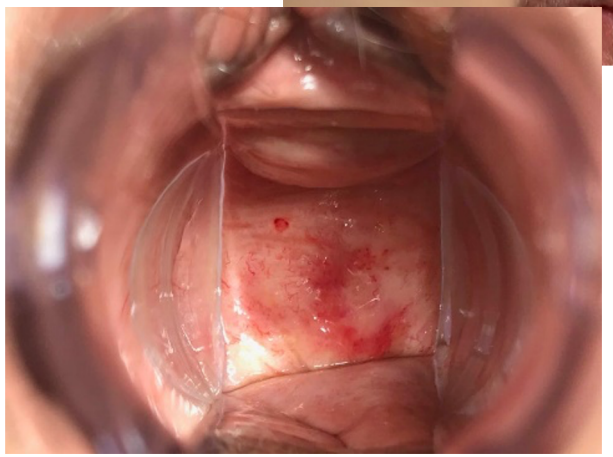
	Vaginal dryness	Vaginal itching	Vaginal burning	Dyspareunia	Dysuria/incontinence
Before VVA/GSM (N.=25)	2.9±1.4	2.1±0.9	2.5±1.1	2.1±0.9	2.4±1.0
Before first DQRF session	8.9±2.4 °	7.6±2.8 °	7.2±2.5 °	8.8±2.2 °	5.9±2.5 °
End of DQRF sessions	4.3±1.9 * #	3.8±1.8 *	3.5±1.8 * #	4.4±1.7 *	2.9±1.9 * #
Month 1 (N.=25)	3.4±1.7 * #	3.0±1.7 * #	3.0±1.8 * #	2.9±1.8 * #	2.8±1.5 * #
Month 2 (N.=23)	3.2±1.6 * #	2.6±1.8 * #	2.9±1.6 * #	2.8±1.8 * #	2.7±1.6 * #
Month 6 (N.=24)	3.0±1.5 * #	2.4±1.6 * #	2.6±1.7 * #	2.4±1.5 * #	2.5±1.8 * #
Month 9 (N.=23)	3.1±1.1 * #	2.3±1.3 * #	2.5±1.2 * #	2.4±1.3 * #	2.4±1.4 * #
Month 12 (N.=23)	3.1±1.3 * #	2.3±1.2 * #	2.6±1.1 * #	2.3±1.2 * #	2.5±1.3 * #

°P<0.01 *vs*. "before VVA/GSM"; *P<0.05 *vs*. "before first DQRF session"; #non-significant *vs*. "before VVA/GSM".

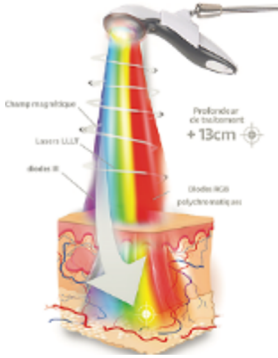
PBM (Photobiomodulation)

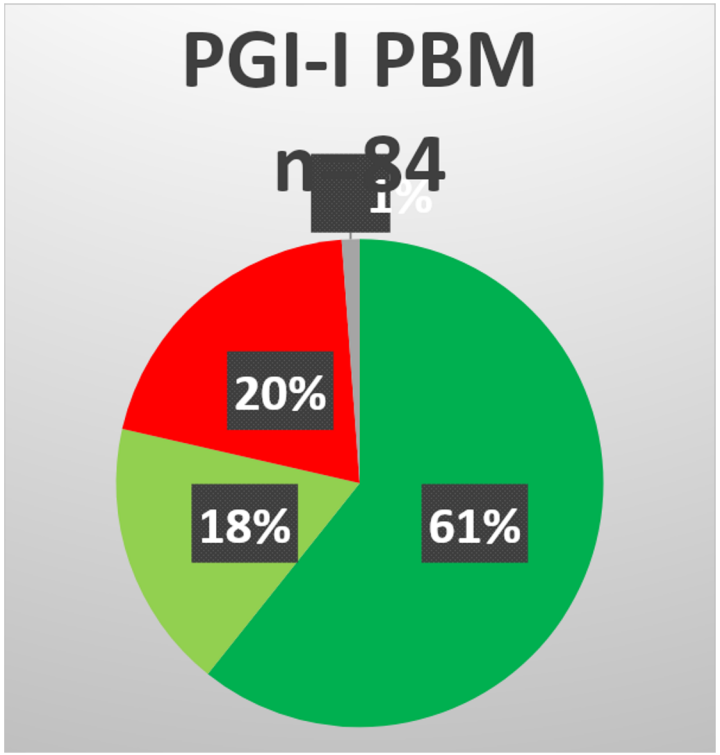
—> Pour **quelles patientes ?**

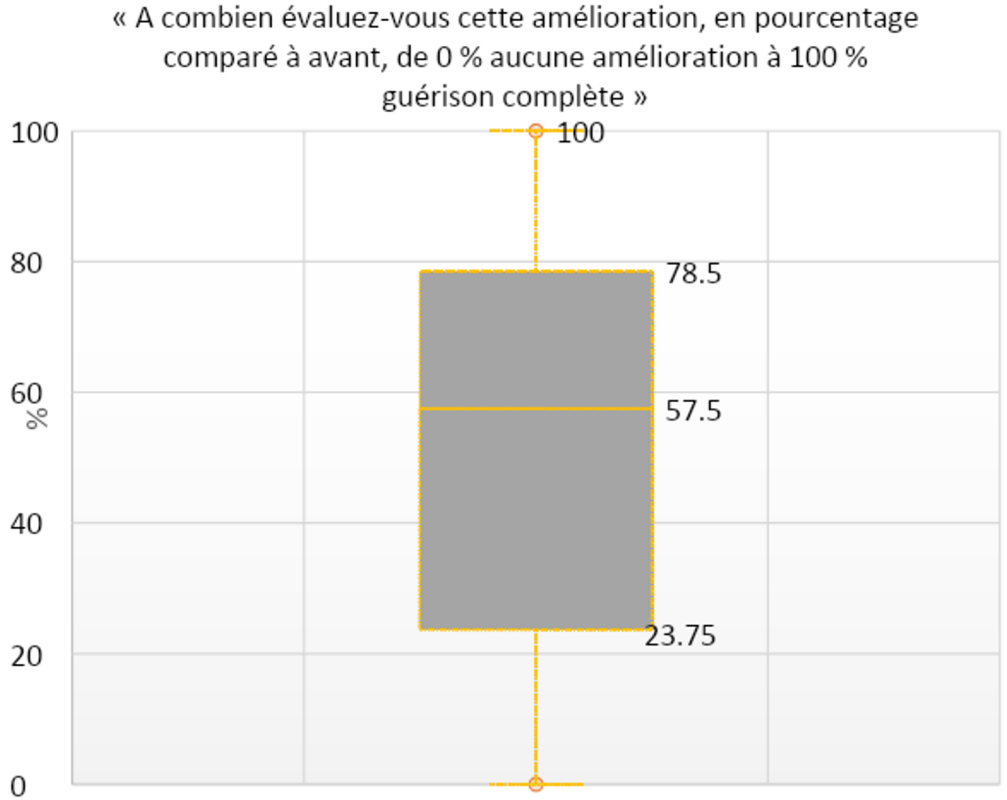
- **Atrophie vulvo-vaginale**
  - Ménopause
  - Induite (chimio, chirurgie)
- **Douleurs post-accouchement**
  - Déchirure, épisiotomie
  - Mais aussi ….périnée intact, césarienne
- **Troubles de la cicatrisation**



RESULTATS – PBM, OBJECTIF 2 - EFFICACITÉ







Toutes les patientes avant traitement présentaient une dysfonction sexuelle avec un score FSFI moyen de 13,7±8,2.
La moitié des patientes n'avaient pas d'activité sexuelle du fait des symptômes (n=45), de douleurs (n=36) et/ou de la perte d'estime de soi (n=6).

Amélioration du score moyen après traitement : 16 ±10 (p=0,4)

RESULTATS – PBM OBJECTIF 3 : SÉCURITÉ

- 0 EFFET INDÉSIRABLE GRAVE
- 18PATIENTES ONT RAPPORTÉ DES EFFETS Secondaires:
  - 2 DOULEURS À L'INTRODUCTION DE LA SONDE ENDO-VAGINALE
  - 9 DOULEURS ABDOMINO-PELVIENNES
  - 5 MÉTRORRAGIES
  - 3 ASTHÉNIES
  - 1 IRRITATION EN RÉACTION À LA PROTECTION PLASTIQUE DE LA SONDE ENDO-VAGINALE
  - 1 ÉRUPTION PRURIGINEUSE
  - 1 ACCÉLÉRATION DU TRANSIT

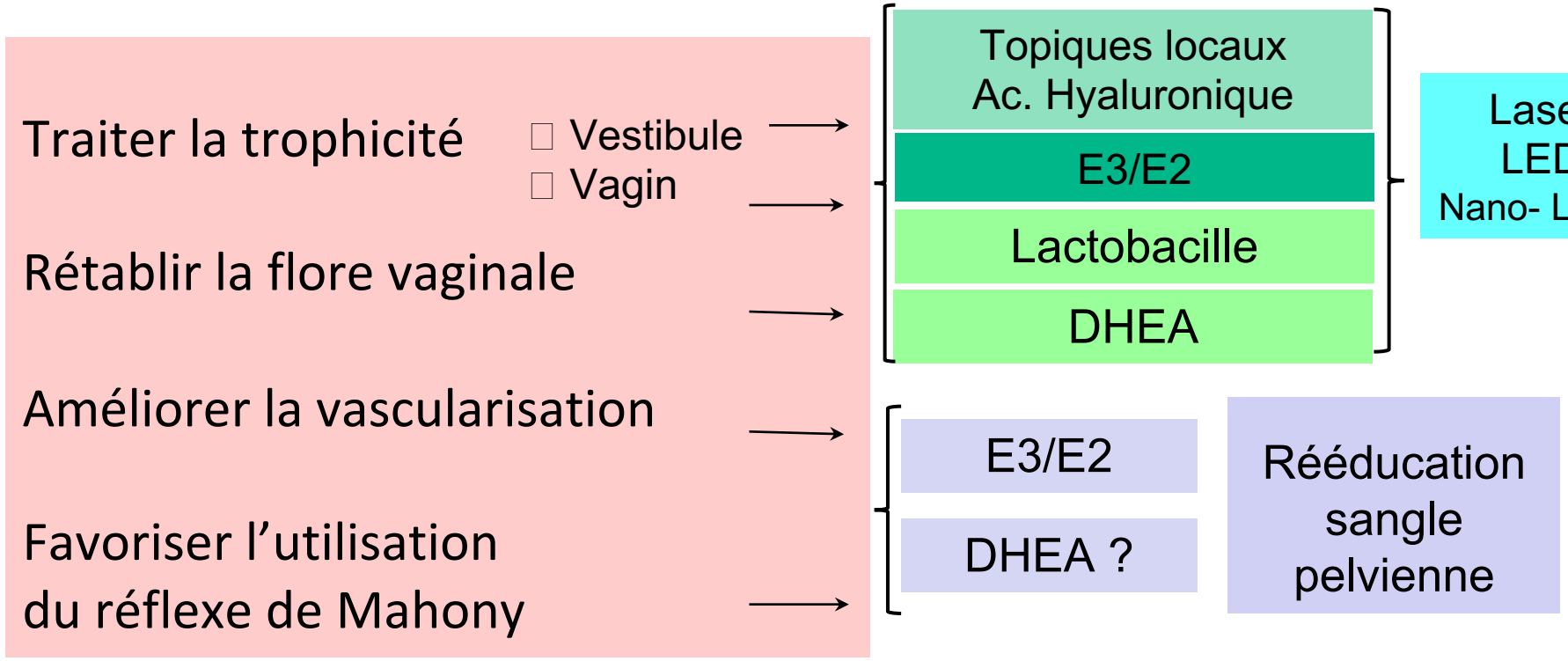
SGUM: Traitements

- **Associations** des **thérapeutiques**
  - Simultanées
  - Séquentielles

- Traitement « **booster** » LED, Laser, Radiofréquence …

- Traitement **de fond**

SGUM: Les modifications uro-génitales de la ménopause



Si douleur

Toxine et prise en charge globale Relaxation - acupuncture - Hypnose …

Phase 1 : Topique – Flore et Rééducation
Phase 2 : Estrogènes locaux et androgènes locaux
Phase 3 : Laser / LED / Nano-Laser

Restauration vaginale

Hormones – Ménopause

- **Changer** la **façon de penser**
- Connaître l'**efficacité des traitements** et leur **association**
- Prise en charge **personnalisée**
- Aborder l'**aspect esthétique** et savoir y répondre

Comment aborder le problème ?

Informer :

- Signes **réversibles** avec un traitement
- Contrairement aux signes systémiques, ils **ne disparaissent pas avec le temps**
- Possible de **traiter localement**
- **Rassurer** sur la sécurité des préparations vaginales

→ **Traitement systémique ne soulage pas obligatoirement les signes de VVA**

SGUM, Conclusions :

 Prise en charge **globale** :

- Des protocoles **progressifs** …
- Utiliser les **techniques validées** en 1ère intention
- Place des **nouvelles techniques**
    - Protocoles partagés et évalués