

LASERS

Peau et lasers : y a-t-il des idées reçues ?

Atrophie vulvovaginale postménopausique et laser



→ B. PUSEL¹, H. CARTIER²,
T. FUSADE³

L'atrophie vulvovaginale se définit comme une involution physiologique liée à la ménopause avec une atrophie progressive des muqueuses du vagin et de la vulve.

L'atrophie est due à la carence en estrogènes, mais peut également être secondaire à une chirurgie ovarienne ou une chimiothérapie, notamment dans le cadre du traitement du cancer du sein. Histologiquement, la paroi vaginale est constituée d'un épithélium stratifié non kératinisé qui recouvre la *lamina propria*, équivalent du derme, reposant sur le tissu musculaire.

C'est au niveau de la *lamina propria* que les modifications sont les plus importantes. Il s'agit d'un tissu conjonctif largement vascularisé avec essentiellement de nombreux fibroblastes, responsable de la fabrication du milieu extracellu-

laire, riche en fibres collagène, élastine et en protéo- et glycosaminoglycans. L'activité fibroblastique est directement responsable de la trophicité vaginale, et son altération se traduit par une diminution de l'épaisseur de la paroi vaginale, des modifications hygroscopiques et du pH normalement acide, responsable d'un déséquilibre progressif de la flore saprophyte.

Cliniquement, la symptomatologie fonctionnelle se traduit par des sensations d'irritation, de brûlures, voire de dysurie ou de dyspareunie, à rapporter à une diminution de la paroi vaginale et de la diminution des sécrétions notamment sébacées, responsables d'une sécheresse vaginale. On constate également une plus grande fréquence de saignement et d'infections. L'ensemble de ces manifestations sont responsables d'une diminution de la qualité de la vie, en particulier pour les relations sexuelles. Ces troubles sont de plus souvent associés à un certain degré de relâchement de la sphère génitale avec incontinence urinaire [1].

En raison de l'augmentation croissante de l'espérance de vie, avec une estimation d'une augmentation de 23,6 % de la population féminine ménopausée en 2030, ce phénomène constitue déjà pour certains un véritable problème de santé publique.

Les différentes modalités thérapeutiques médicales et cosmétiques usuelles sont le conseil de l'utilisation de produits d'hygiène adaptés, de lubrifiants et autres cosmétiques émollients. La prise en charge médicale repose sur le traitement hormonal substitutif ou

l'utilisation d'estrogène en topiques, mais peuvent être contre-indiqués en cas de cancers gynécologiques estrogéno-dépendants, ou en cas de risque thromboembolique ou cardiovasculaire élevé. On notera le développement récent de l'utilisation des injections d'acide hyaluronique pour lutter contre la sécheresse et de la toxine botulinique dans le cadre des dyspareunies.

Le manque d'alternatives thérapeutiques a été à la base de l'idée de l'utilisation des lasers pour la restauration de la fonction fibroblastique par analogie aux résultats obtenus pour le traitement du vieillissement cutané avec le remodelage dermique.

Dans un premier temps, des tests *ex vivo* sur échantillons de muqueuse vaginale ont été réalisés avec l'utilisation de lasers fractionnés CO₂. Il est retrouvé le même profil thermique lésionnel qu'au niveau cutané, avec des colonnes de vaporisation et de dommages thermiques associés responsables d'une dénaturation du collagène au niveau de la muqueuse et stimulation secondaire de l'activité fibroblastique.

Salvatore *et al.* [2] ont réalisé une étude (*pilot study*) chez 50 femmes (âge moyen 59,6 ans) résistantes à un traitement par estrogénothérapie locale. Ont été réalisées trois séances de laser fractionné CO₂ avec évaluation de scores pour estimer l'atrophie vulvovaginale (*Vaginal Health Index Score* [VHIS]) et la douleur au cours de la procédure. Le résultat est une amélioration significative des symptômes chez 84 % des patientes traitées et du score du VHIS, au prix d'un incon-

LASERS

Peau et lasers : y a-t-il des idées reçues ?

fort minime et sans notification d'effets secondaires.

Depuis, d'autres longueurs d'onde comme l'Er:YAG 2 940 nm [3] ainsi que la radiofréquence monopolaire ont été proposés, et sont en cours de validation. L'utilisation des lasers a par ailleurs été démontrée efficace pour la prise en charge de l'incontinence associée [4].

Après l'épilation laser, d'autres indications sont maintenant proposées comme la dépigmentation vulvaire ou le remodelage anatomique des petites lèvres au niveau de la vulve, qui sont même à la base d'un nouveau concept de "gynécologie esthétique". Sans galvauder l'intérêt de ces dernières indications, sachons reconnaître les avancées au point de vue

médical des techniques de correction de l'atrophie vulvovaginale.

En conclusion, l'avènement de la prise en charge de l'atrophie vulvovaginale est sans conteste le parfait modèle d'une prise en charge pluridisciplinaire avec les gynécologues et certains urologues, ainsi que de l'intérêt de la mutualisation des moyens techniques. Mais c'est si facile à dire et en pratique...

laser for vulvo-vaginal atrophy: a pilot study. *Climateric*, 2014;17:363-369.

3. JORGE E, GAVIRIA P, JOSE A *et al.* Laser Vaginal Tightening (LVT) – evaluation of a novel noninvasive laser treatment for vaginal relaxation syndrome. *Journal of the Laser and Health Academy*, 2012;1:59-66.
4. FISTONIĆ I, FINDRI-GUŠTEK Š, FISTONIĆ N. Minimally invasive laser procedure for early stages of stress urinary incontinence (SUI). *Journal of the Laser and Health Academy*, 2012;1:67-74.

¹ Cabinet de Dermatologie, SAINT-PAUL-DE-VENCE.

² Centre médical Saint-Jean, ARRAS.

³ Cabinet de Dermatologie, PARIS.

Bibliographie

1. SANTORO N, KOMI J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med*, 2009;6:2133-2142.
2. SALAVATORE S, NAPPI RE, ZERBINATI N *et al.* A 12-week treatment with fractional CO₂

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.