Baisse du désir sexuel
la ménopause a le dos large !

Marine Dewailly et Sylvie Dodin

Lise, 54 ans, que vous suivez depuis sa première grossesse, a arrêté l'hormonothérapie qu'elle prenait depuis cinq ans à la suite d'une hystérectomie et d'une ovariectomie bilatérale. En couple depuis 27 ans, elle n'a plus le goût de faire l'amour, car les relations sexuelles sont devenues douloureuses. Lise vous parle de ses problèmes intimes pour la première fois et est plutôt mal à l'aise.

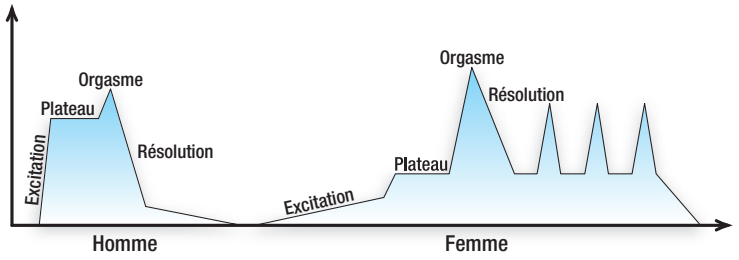
Et maintenant, si vous testiez vos connaissances.

	Vrai	Faux
1. Quarante-cinq pour cent des personnes de 50 ans et plus indiquent avoir plus d'inhibitions sexuelles qu'avant.	☐	☐
2. Plus de la moitié des Canadiens ayant des difficultés sexuelles n'en parlent pas à leur partenaire.	☐	☐
3. Près d'une femme ménopausée sur deux signale une baisse du désir sexuel.	☐	☐
4. Plus de la moitié des patients souffrant de troubles sexuels en parlent à leur médecin.	☐	☐
5. L'atrophie vulvovaginale est une cause fréquente de troubles sexuels.	☐	☐
6. Les œstrogènes appliqués localement dans le vagin sont peu efficaces pour soulager l'atrophie vulvovaginale.	☐	☐
7. Le taux de testostérone sérique est lié au désir sexuel.	☐	☐
8. La testostérone peut être prescrite à toutes les femmes ménopausées souffrant d'un trouble du désir sexuel.	☐	☐

M^me^ Marine Dewailly, sexologue bachelière, est étudiante au programme de deuxième cycle d'études journalistiques de l'Université Concordia. La D^re^ Sylvie Dodin, gynécologue, est professeure titulaire de la Chaire pour le développement d'une approche intégrée en santé et est directrice du Centre Ménopause Québec, de l'Hôpital Saint-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ).

Figure

Différences biologiques dans la réponse sexuelle selon le sexe



Source : Bondil P. *Vieillissement sexuel : Mythes et réalités biologiques.* Elsevier Masson SAS ; 2008. Reproduction autorisée.

Tableau I

Modifications de la réponse sexuelle à la ménopause

Phase	Modifications observées
Excitation	↓ réponse vaginale, clitoridienne et vulvaire
Plateau	↓ sécrétion des glandes de Bartholin
Orgasme	↓ réaction orgasmique et ↓ contractions utérines
Résolution	↓ rapide de l'expansion et de la congestion vaginales

Réponses

1 *Quarante-cinq pour cent des personnes de 50 ans et plus indiquent avoir plus d'inhibitions sexuelles qu'avant.* ***FAUX.***

Bien que nombre d'idées reçues et de stéréotypes persistent, les tabous qui entourent la sexualité tendent à diminuer. Les personnes de 50 ans et plus expriment davantage leur besoin d'une vie sexuelle active et épanouie. Dans le cadre d'une étude récente menée sur Internet auprès de plus de 1500 Canadiens adultes, dont 494 de 50 ans et plus, près de la moitié des personnes interrogées se disaient satisfaites sur le plan sexuel. Quarante-cinq pour cent signalent avoir moins d'inhibitions sexuelles depuis qu'ils ont atteint le demi-siècle, et plus du quart estiment que leur vie sexuelle s'est améliorée depuis l'âge de 50 ans[1].

2 *Plus de la moitié des Canadiens ayant des difficultés sexuelles n'en parlent pas à leur partenaire.* ***VRAI.***

Selon une autre enquête nationale effectuée en 2008, bien que le sexe soit une composante importante dans la vie de 80 % des Canadiens interrogés, plus d'une personne sur deux aux prises avec des problèmes sexuels n'en parlerait pas à son partenaire[2].

3 *Près d'une femme ménopausée sur deux signale une baisse du désir sexuel.* ***VRAI.***

Lorsque les études ciblent plus spécifiquement les femmes ménopausées[3], une femme sur deux dit ressentir une baisse du désir sexuel. La sexualité féminine est un phénomène intime et personnel extrêmement complexe où interagissent étroitement des composantes biologiques, physiques, psychologiques et socioculturelles. Le trouble du désir sexuel hypoactif se définit comme un manque persistant ou répété de fantaisies ou de pensées sexuelles, de désir pour l'activité sexuelle ou de réceptivité, le tout causant une détresse personnelle[4]. La baisse de désir sexuel est fréquemment associée à une perturbation des autres composantes de la réponse sexuelle, notamment de l'excitation et de l'orgasme. Le trouble du désir à la ménopause nécessite donc une approche structurée globale et personnalisée.

4 *Plus de la moitié des patients souffrant de troubles sexuels en parlent à leur médecin.* ***FAUX.***

Seul un patient sur cinq aborde le sujet des troubles sexuels avec son médecin. Un grand nombre sont mal à l'aise de parler de leur problème de sexualité ou craignent d'embarrasser leur médecin traitant, et la majorité n'abordera pas spontanément cette question. C'est donc au médecin traitant d'ouvrir la porte et d'engager le dialogue.

L'écoute empathique est un des éléments clés d'une évaluation adéquate des troubles sexuels dont peut souffrir la femme ménopausée. Cette écoute permet de préciser les causes du problème, qui sont bien souvent multifactorielles. Plusieurs femmes ignorent les différences biologiques de la réponse sexuelle chez l'homme et la femme et les modifications physiologiques normales liées à l'hypo-œstrogénie et au vieillis-

Tableau II

Évaluation de la santé sexuelle à la ménopause

1. Histoire sexuelle : désir sexuel (libido), excitation (lubrification), orgasme (actuellement et avant la ménopause)
2. Perception de l'image corporelle (poids, vieillissement)
3. État hormonal
4. Style de vie : insomnie, stress au travail, fatigue
5. État psychologique émotif et contextuel : anxiété, dépression, syndrome du nid vide
6. Antécédents médicaux, prise de médicaments
7. Relations conjugales et interpersonnelles, communication
8. Partenaire : antécédents médicaux, prise de médicaments, fonction sexuelle

Tableau III

Sources d'information en matière de ménopause et de sexualité

- PasseportSanté.net : *www.passeportsante.net*
- Association des sexologues du Québec : *www.associationdessexologues.com*
- Jouer avec le fantasme : *www.joueraveclefantasme.com*
- Regroupement professionnel des sexologues du Québec : *www.rpsq.org*
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) : *http://sogc.medical.org*
- Masexualité.ca : *www.masexualite.ca*
- Institut de sexologie : *www.sexologie-fr.com*

sement (*figure* et *tableau I*). Cette méconnaissance est une source fréquente d'interprétations erronées, d'anxiété et de problèmes de communication entre les partenaires. La baisse de désir sexuel ne devient un problème que si elle est source de détresse personnelle. Il n'existe aucune normalité dans le contexte de la santé sexuelle. La première étape de toute évaluation sera donc d'établir avant tout la présence d'anxiété ou de souffrance personnelle associée au trouble du désir. Les troubles sexuels associés à la ménopause vont bien au-delà des conséquences de l'hypo-œstrogénie. Ils doivent être considérés dans leur réseau complexe d'interactions biologiques, psychologiques et environnementales, qui doit inclure les nombreuses composantes d'une bonne santé sexuelle (*tableau II*).

5 *L'atrophie vulvovaginale est une cause fréquente de troubles sexuels.* ***VRAI.***

D'après une étude menée auprès de femmes ménopausées, la moitié des répondantes souffrent d'inconfort vaginal à des degrés divers et moins du tiers aborderont ce problème avec leur médecin[5]. L'hypo-œstrogénie post-ménopausique se traduit par une atrophie urogénitale et une sécheresse vaginale pouvant entraîner une dyspareunie, une des causes fréquentes de troubles sexuels. L'inspection des organes génitaux externes et de l'abdomen, l'introduction délicate du spéculum et le toucher vaginal bimanuel permettront d'établir la présence de signes physiques témoignant du vieillissement urogénital. Les changements vulvovaginaux sont facilement repérables au cours de l'examen gynécologique : les tissus sont minces, moins élastiques, plus fragiles et sensibles au toucher. Les sécrétions vaginales sont réduites. La vulve est parfois rouge et enflammée. Le toucher vaginal peut être difficile. Le manque de lubrification et la dyspareunie sont les conséquences les plus fréquentes de ces changements physiques.

Plusieurs sources d'information pertinentes de bonne qualité sur la ménopause et la santé sexuelle sont disponibles dans Internet et pourraient être suggérées aux patients (*tableau III*).

6 *Les œstrogènes appliqués localement dans le vagin sont peu efficaces pour soulager l'atrophie vulvovaginale.* ***FAUX.***

Selon une revue systématique Cochrane[6], comparativement au placebo, l'œstrogénothérapie par voie vaginale soulage efficacement l'atrophie vulvovaginale. L'hormonothérapie locale existe sous forme de

L'écoute empathique est un des éléments clés d'une évaluation adéquate des troubles sexuels dont peut souffrir la femme ménopausée. Cette écoute permet de préciser les causes du problème, qui sont bien souvent multifactorielles.

Repère

Tableau IV

Œstrogénothérapie par voie vaginale

Produit	Nom commercial	Posologie	Prix mensuel moyen
Crème d'œstrogènes conjugués	Premarin (crème)	1/4 d'applicateur (0,5 g), de 2 à 3 fois par semaine	9 $
Anneau d'œstradiol-17ß	Estring	1 anneau (2 mg), tous les 3 mois	26 $
Comprimé d'œstradiol-17ß	Vagifem	1 comprimé (25 µg) par jour, toutes les 2 semaines, puis 2 fois par semaine	27 $

crème d'œstrogènes conjugués équins, d'anneau ou de comprimé vaginal contenant de l'œstradiol-17ß (*tableau IV*). Ces trois formes entraînent une absorption générale très faible. Les concentrations plasmatiques d'œstradiol-17ß seraient cependant plus élevées après l'application de la crème vaginale. À la dose recommandée actuellement (0,5 g, de deux à trois fois par semaine), l'absorption de la crème d'œstrogènes conjugués est minime et aucune augmentation du risque d'hyperplasie endométriale n'a été signalée.

Quelques études semblent indiquer un effet favorable du gel de polycarbophile (Replens), équivalent de l'œstrogénothérapie locale, sur l'hydratation vaginale, ne se traduisant cependant par aucune modification cytologique au niveau du vagin. Les femmes indiqueraient une atténuation des démangeaisons, de l'irritation et des douleurs superficielles[7]. Les lubrifiants vaginaux peuvent réduire l'irritation lors du coït, mais aucune étude clinique n'en a évalué l'effet sur une longue période. Enfin, la poursuite des activités coïtales après la ménopause, en augmentant l'afflux sanguin vers les organes pelviens, agit favorablement sur l'atrophie vaginale[5]. La masturbation féminine, en augmentant la circulation sanguine génitale, ralentirait également le processus de vieillissement vulvovaginal[8].

L'hormonothérapie de remplacement devrait être réservée aux femmes souffrant de troubles ménopausiques (bouffées de chaleur, insomnie) entraînant une baisse de leur qualité de vie. La posologie minimale recommandée actuellement peut s'avérer insuffisante pour soulager les symptômes de l'atrophie vulvovaginale. C'est pourquoi l'association d'une œstrogénothérapie locale à l'hormonothérapie de remplacement est parfois nécessaire.

7 *Le taux de testostérone sérique est lié au désir sexuel.* ***FAUX.***

Le lien entre le taux d'androgènes sériques et le désir sexuel varie d'une étude à l'autre. En outre, ce taux ne fournit pas une mesure adéquate de l'activité androgénique tissulaire ou cellulaire. Chez la femme, la concentration des androgènes dans le sang (androstènedione, DHEA et testostérone libre ou totale) atteint un pic autour de la trentaine, puis baisse progressivement. Vers l'âge de 50 ans, la production de testostérone libre et conjuguée diminue de moitié. Seule l'ovariectomie bilatérale provoque une chute brutale de la concentration de testostérone circulante. Le dosage de la testostérone est donc peu utile dans l'évaluation de la baisse du désir sexuel, qui demeure avant tout clinique[9].

8 *La testostérone peut être prescrite à toutes les femmes ménopausées souffrant d'un trouble du désir sexuel.* ***FAUX.***

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, tout traitement expérimental par la tes-

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, tout traitement expérimental par la testostérone chez des femmes sélectionnées présentant un trouble acquis du désir sexuel ne devrait être proposé que par des cliniciens expérimentés. En outre, le consentement éclairé des patientes et un suivi étroit sont nécessaires.

Repère

tostérone chez des femmes sélectionnées présentant un trouble acquis du désir sexuel ne devrait être proposé que par des cliniciens expérimentés. En outre, le consentement éclairé des patientes et un suivi étroit sont nécessaires[10]. Ce traitement devrait principalement être réservé aux femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale et présentant un trouble du désir sexuel engendrant une souffrance personnelle.

Ceci est d'autant plus vrai que les résultats de deux essais cliniques récents (APHRODITE I et II) laissent croire à une efficacité statistiquement significative, mais modeste de la testostérone transdermique seule ou en association avec l'hormonothérapie de remplacement. En effet, bien qu'une augmentation significative du désir sexuel et une baisse de la détresse personnelle aient été observées dans les deux volets de l'étude, les femmes ayant été affectées au groupe recevant le timbre de testostérone (300 µg) signalaient en moyenne un rapport sexuel satisfaisant de plus par mois que celles ayant reçu le placebo[11,12]. Les effets indésirables de nature androgénique étaient similaires chez les femmes sous placebo ou sous testostérone, à l'exception de l'augmentation de la pilosité chez les femmes ayant reçu le timbre transdermique de testostérone non combinée à l'hormonothérapie de remplacement [12].

Il n'existe actuellement au Québec et au Canada aucune préparation de testostérone destinée spécifiquement aux femmes.

La testostérone administrée intramusculaire, par voie orale (undécanoate de testostérone – Andriol) ou sous forme de gel (testostérone à 1 % – AndroGel) entraîne des taux de testostérone supraphysiologiques. Son usage n'est donc pas reconnu chez la femme. Le Climacteron (testostérone combinée à l'œstrogène) a fait l'objet de plusieurs études auprès de femmes canadiennes, mais a été retiré du marché par Santé Canada. Bien que la voie transdermique semble associée à des effets indésirables moindres, aucun timbre d'androgènes à faible dose spécifiquement destiné aux femmes n'est offert au Canada. Les timbres transdermiques existants comportent tous de fortes doses de testostérone (12,2 mg et 24,3 mg de testostérone – Androderm) et sont réservés au traitement du déficit androgénique chez l'homme. Enfin, la courte durée des études disponibles ne permet pas d'évaluer les effets à long terme, notamment ceux sur le système cardiovasculaire.

Revenons à Lise, que vous revoyez quelques mois plus tard au cours d'une deuxième consultation. Les symptômes liés à l'atrophie vulvovaginale se sont nettement améliorés. Lise se sentant davantage en confiance, elle vous confie que la ménopause n'a fait qu'aggraver les problèmes sexuels dont elle souffre depuis de nombreuses années. Vous discutez avec elle des autres options thérapeutiques, notamment de la prise de testostérone. Malgré une ovariectomie bilatérale, elle décline cette solution pour le moment et accepte votre proposition de rencontrer un sexologue avec son conjoint.

Les patientes motivées présentant des difficultés sexuelles dont la cause semble être d'origine sexuelle (baisse du désir, anorgasmie, vaginisme), relationnelle ou personnelle sont celles qui bénéficieront le plus d'une orientation auprès d'un sexologue clinicien. Une prise en charge conjointe et complémentaire par le médecin et le sexologue peut s'avérer également appropriée en thérapie de soutien ou d'adaptation à un problème physiologique ou médical.

Date de réception : le 10 août 2009
Date d'acceptation : le 18 septembre 2009

M[me] Marine Dewailly n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. La D[re] Sylvie Dodin a donné des conférences chez Schering Canada, Wyeth-Ayerst et Berlex Canada. Elle a également reçu des subventions de recherche d'Isodisnatura.

Bibliographie

1. Léger Marketing Research. *Boomer Sex Study*, April 2009. Sponsored by Eli Lilly Canada.
2. Léger Marketing Research. *Erectile Dysfunction Study*, August 2008. Sponsored by Eli Lilly Canada.
3. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of

Les patientes motivées et consentantes présentant des difficultés sexuelles dont la cause semble être d'origine sexuelle (baisse du désir, anorgasmie, vaginisme), relationnelle ou personnelle sont celles qui bénéficieront le plus d'une orientation auprès d'un sexologue clinicien.

Repère

symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009 ; 63 : 138-41.
4. Basson R, Berman J, Burnett A et coll. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000 ; 163 : 888-93.
5. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E et coll. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983 ; 249 : 2195-8.
6. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 : CD001500.
7. Belisle S, Blake J, Basson R et coll. Canadian consensus conference on menopause, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can* 2006 ; 28 : S7-S94.
8. Laan E, van Lunsen RH. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997 ; 18 : 126-33.
9. Al-Azzawi F, Palacios S. Hormonal changes during menopause. *Maturitas* 2009 ; 63 : 135-7.
10. Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009 ; 63 : 160-3.
11. Shifren JL, Davis SR, Moreau M et coll. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause* 2006 ; 13 : 770-9.
12. Reid RL, Blake J, Abramson B et coll. Menopause and osteoporosis update 2009. *J Obstet Gynaecol Can* 2009 ; 31 (1 Suppl. 1) : S1-S46.

Summary

Decline of sexual desire: is menopause to blame? A majority of patients with sexual dysfunction do not discuss this issue with their healthcare professional. Fifty percent of menopausal women report a decrease in their sexual desire. In a question-answer oriented manner applicable to clinical practice, this article explores the sexual health of menopausal women. Listening with empathy and open dialogue are crucial demeanours in the management of sexual difficulties related to menopause. It requires a global, structured and individualised approach from the physician. Some solutions are found in pharmacology such as treatment of vulvovaginal atrophy with topical estrogens. But the efficiency of testosterone therapy for women's low sexual desire is modest. Its long term effects are unknown and there is no specific formulation accepted by Health Canada for women. Therefore, it should be prescribed by experimented clinicians. Motivated patients with low sexual desire associated with sexual, personal or relational problems are those who benefit the most from a referral to consult a sex therapist.

Les guides cliniques du Conseil du médicament, votre outil d'aide à la décision en matière d'antibiothérapie

La mise à jour de la première série de guides cliniques en antibiothérapie est en ligne. Consultez-la dès maintenant sur le site Web du Conseil.

www.cdm.gouv.qc.ca





Le Conseil du médicament, une référence scientifique au bénéfice de la population québécoise

Conseil du médicament
Québec