



**Qu'espérer des prises en charges
complémentaires non invasives ?
Hormonothérapie dans l'incontinence urinaire**

Dr Anne-Sophie AZUAR



Causes : Incontinence à l'effort



Incontinence à l'effort. Le mécanisme de soulèvement de l'utérus est abîmé (accouchements...)
Fuites en toussant, en soulevant une charge lourde...

1. Principes de la thérapie

Incontinence par impériosité :



la vessie se contracte quand il ne le faut pas... Mictions fréquentes jour et nuit et fuites d'urine si on arrive trop tard aux toilettes

- **Principe** : RE haute affinité dans les VU féminines et le plancher pelvien.



Amélioration de la trophicité et de l'élasticité

- Etudes animales : prétraitement E **améliore la contractilité détrusor / urètre**
- Inversement, **P majeure urgenturie en diminuant la pression urétrale**

1. Principes de la thérapie

- **Etudes anciennes, SGUM (Cochrane 2012) : E locaux / systémiques - SFU**
- **Thérapeutiques répandues, peu coûteuses mais hétérogènes**
- Femmes sous trophiques ? Femmes sous THM en France 650.000 (AFEM2013)
 - 2/3 utilisent l'estradiol par voie cutanée (++ gels)
 - 1/3 voie orale : 100.000 suivent un THM par préparation E/P combinée

2. En pratique pour le patient

- **Traitements systémiques : « à la française »**
- **Traitement trophique local**

Dose : quotidiennement 2 semaines puis 2 fois par semaine au long cours

- Oestradiol vaginale : augmentation E plasmatiques puis diminution rapide
- Anneau vaginal : diffusion continue quotidienne (7,5 mg/j) (compliance++)

2. En pratique pour le patient

Traitement trophique local

Durée d'utilisation : Efficacité liée à la durée d'utilisation

- Bénéfices peuvent nécessiter plusieurs semaines à quelques mois pour se manifester
- Contraintes et difficultés de compliance ++

Santen RJ. Vaginal administration of estradiol: effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. *Climacteric J Int Menopause Soc* 2015;18(2):121–34.

Labrie F, Cusan L, Gomez JL, et al. Effect of one-week treatment with vaginal estrogen preparations on serum estrogen levels in postmenopausal women. *Menopause N Y N* 2009;16(1):30–6.

Naessen T, Rodriguez-Macias K. Endometrial thickness and uterine diameter not affected by ultralow doses of 17 β -estradiol in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):944–7.

2. En pratique pour le patient

Informations des risques et effets secondaires :

RTE (systémique) effet vasculoprotecteur si débuté précocement post-ménopause,

Effet dose / temps

Pas d'augmentation du risque TE

2. En pratique pour le patient

Informations des risques et effets secondaires :

Antécédents cancers du sein / endomètre

Voie vaginale : moins de risques

- Pas de risque de récurrence de KS

- E locaux est envisageable si atcdt de KS (NP3)

Recommandations pour la pratique clinique

Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). RPC les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi

Genitourinary menopause syndrome. Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines

C. Hocké*, M. Diaz, V. Bernard, S. Frantz, M. Lambert, C. Mathieu, M. Grellety-Cherbero
Service de chirurgie gynécologique et médecine de la reproduction, centre Allénor d'Aquitaine, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

DCI	Nom commercial	Forme	CI tumeurs du sein/endomètre
Promestriène	Colpotrophine®	crème	relative
Promestriène	Colpotrophine®	ovules	relative
Estriol	Trophicrème®	crème	absolue
Estriol	Gydrelle®	crème	absolue
Estriol	Physiogine®	crème	absolue
Estriol + Progestérone	Trophigil®	ovules	relative
Estriol + Progestérone	Florgynal®	ovules	relative

3. Résultats de la thérapie

Oestrogènes par voie systémique (THM)

Traitements systémiques PO : effet paradoxal

- augmentation de l'incidence avec estrogènes PO, IU critère II faible NP
- essais contrôlés vs placebo (RR 1.39, IC95% 1.27-1.52)

Voie transdermique (amélioration de IU)

Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2016;(8): CD001500.
Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD001405.
Caruso S, Cianci S, Amore FF, et al. Quality of life and sexual function of naturally postmenopausal women on an ultralow-concentration estriol vaginal gel. Menopause N Y N 2016;23(1):47-54.
Santen RJ. Vaginal administration of estradiol: effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. Climacteric J Int Menopause Soc 2015;18(2):121-34.

3. Résultats de la thérapie

Oestrogènes par voie locale crème, ovules, anneaux :

- preuves limitées chez les femmes non ménopausées
- petites études hétérogènes

Efficaces sur l'ensemble du SGUM (NP2) et meilleure innocuité

Place limitée IU (post MNP), urgenturies (NP bas) et IUE (méta-analyse Cody)

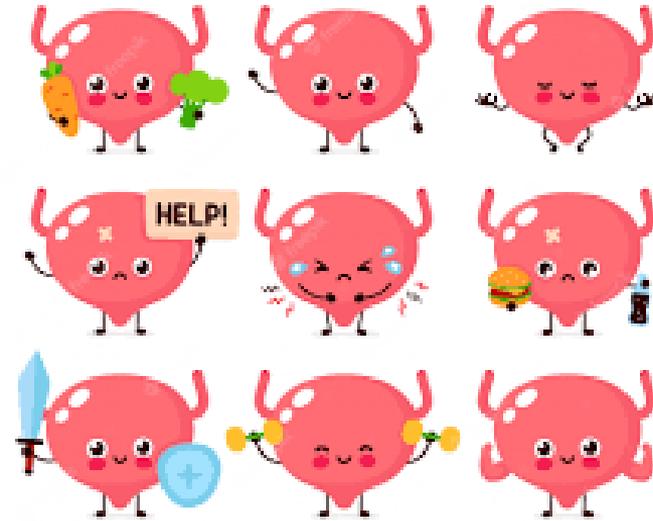
Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2016;(8): CD001500.

Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2012

Hendrix S, Cochrane B, Nygaard I et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. JAMA 2005;293:935-48.

4. En résumé

- **Estrogénothérapie vaginale** améliorer IU post ménopause- **Association SUGM**
- Restauration de l'intégrité vaginale et de la musculature pelvienne
- **Plus bénéfique pour IUE** que HAV
- Manque études puissantes - IU comme critère principal
- Approche combinée



MERCI de VOTRE ATTENTION