



Date : 3 avril 2018

Auteure : Emmanuelle Gareau

Titre : Ode aux vulves ménopausées

La vulve ménopausée est mal-aimée. On n'en parle pas, on n'y pense pas, on ne la connaît pas. Quand j'en parle autour de moi, je perçois des regards parfois perplexes, parfois interrogatifs, et la plupart du temps, dégoutés. Parler de sexualité et d'organes génitaux soulève déjà beaucoup les passions, alors en parler post-ménopause (ou même post-andropause !), ça semble être un véritable affront.

Sommes-nous à ce point obnubilés par le culte de la jeunesse qu'on refuse de reconnaître l'importance de parler de la physiologie des organes reproducteurs une fois démis de leur fonction première ?

Est-on à ce point mal à l'aise face au corps féminin qu'on rejette la simple idée de concevoir qu'une vulve, ça évolue ?

Dans tous les cas, on se doit de reconnaître le tabou qui persiste autour des changements génitaux générés par la ménopause et les effets que ceux-ci engendrent au niveau physique, psychologique et émotionnel chez les femmes afin de les accompagner dans un moment souvent éprouvant de leur vie (Erbil, 2017 ; Pearce *et al.*, 2014).

Quand la ménopause s'impose

La ménopause se définit par l'arrêt de l'activité folliculaire résultant en l'arrêt des menstruations (Casper, 2017 ; Erbil, 2017 ; Pearce *et al.*, 2014). Les symptômes de la périménopause et de la ménopause sont assez célèbres : cycles menstruels irréguliers, bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, problèmes de sommeil, anxiété, etc. (Bromberger *et al.*, 2001 ; Casper, 2017 ; Erbil, 2017). Nonobstant les symptômes vasomoteurs, il existe également des manifestations cliniques non négligeables du phénomène au niveau génital qui sont moins connues. (Parish *et al.*, 2013).

Lors de la périménopause et de la ménopause, le niveau d'œstrogène diminue et entraîne à son tour une diminution du niveau de collagène, rendant alors la peau plus mince et relâchée (Barasan *et al.*, 2008 ; Lewis, 2015 ; Parish *et al.*, 2013). Au niveau vaginal, on observe alors une atrophie de l'épithélium, l'aplatissement et l'amincissement des replis de la muqueuse, le raccourcissement et la baisse d'élasticité

du vagin ainsi que la diminution de sécrétions lors de rapports sexuels (Farrell, 2017 ; Rousseau, 2017). Au niveau de la vulve, les tissus adipeux sous-cutanés, l'épaisseur de l'épiderme ainsi que la largeur des petites lèvres et la grosseur des grandes lèvres diminuent (Basaran *et al.*, 2008 ; Bramwell et Morland, 2009 ; Farrell, 2017 ; Lewis, 2015). Une étude datant de 2003 utilisant l'imagerie par résonance magnétique avait pu conclure que la largeur des bulbes vestibulaires ainsi que la largeur du vagin et l'épaisseur des parois vaginales étaient moindres post-ménopause (Suh *et al.*, 2003). Ces manifestations cliniques regroupées sous le terme d'« atrophie uro-génitale » ou d'« atrophie vulvo-vaginale », survenant parfois dès la transition ménopausique, peuvent causer plusieurs inconforts tels que la sécheresse vaginale, l'irritation, des sensations de brûlure, la dyspareunie, des saignements post-coïtaux, l'incontinence urinaire, des cystites, la dysurie, des pertes vaginales anormales et des odeurs caractéristiques (Erekson *et al.*, 2016 ; Farrell, 2017 ; Huang *et al.*, 2010 ; Hutchinson-Colas et Segal, 2015 ; Lewis, 2015 ; Moyal-Barracco *et al.*, 2010 ; NAMS, 2015 ; Nappi et Kokot-Kierepa, 2012 ; Parish *et al.*, 2013 ; Rousseau, 2017). L'atrophie uro-génitale ou vulvo-vaginale récemment rebaptisée *genitourinary syndrome of menopause* ou GSM (Portman et Gass, 2014), contrairement aux symptômes vasomoteurs, tend à s'aggraver avec le temps (Eerekson *et al.*, 2016 ; Farrell, 2017 ; Rousseau, 2017 ; Wurz *et al.*, 2014). Ces symptômes accompagnent parfois des troubles pelviens plus graves tels que les prolapsus génitaux et des troubles intestinaux comme l'incontinence fécale (Erekson *et al.*, 2016 ; NAMS, 2015) ou encore d'importantes dermatoses au niveau de la vulve (Lewis, 2015). Il faut toutefois indiquer qu'une étude de Huang et ses collègues (2010) a conclu que même sans traitement, les symptômes vaginaux pouvaient s'améliorer à long terme dans 50% des cas.

Alors que 80% des femmes ont des symptômes liés à la ménopause et que plus de 50% ont des symptômes vulvo-vaginaux post-ménopause, les conséquences de ces manifestations cliniques sont non négligeables, puisque 60% de ces femmes ressentent des impacts marqués sur leur vie sexuelle et leur santé émotionnelle (Erekson *et al.*, 2016 ; NAMS, 2015 ; Parish *et al.*, 2013 ; Rousseau, 2017). Une étude portant sur la santé vaginale de plus de 1500 femmes a pu établir que 62% des femmes rapportant un inconfort (sécheresses, douleurs, etc.) ont qualifié leurs symptômes de modérés ou de sévères (Nappi et Kokot-Kierepa, 2012), les données ayant été corroborées par plusieurs autres études (Huang *et al.*, 2010 ; Parish *et al.*, 2013). Malheureusement, plus de 30% des femmes ne consultent pas ou n'ont pas accès à des services gynécologiques qui pourraient leur offrir différentes modalités de traitements pouvant améliorer leurs symptômes, et environ 80% de celles-ci ne reçoivent pas les traitements appropriés (NAMS, 2015). Cela étant dit, même si peu de données sont disponibles, plusieurs femmes se tournent vers des professionnels autres que des médecins pour avoir accès à une approche thérapeutique différente, souvent moins pharmaco-centrée et parfois plus holistique intégrant les aspects physiques, mais aussi psychologiques, émotionnels et sociaux des impacts de la ménopause.

Misère de la période climatère

La ménopause amène son lot de problèmes. Outre les symptômes physiques, on retrouve souvent de la détresse psychologique chez les femmes en péri-ménopause ainsi que chez les femmes en post-ménopause (Bromberger *et al.*, 2001 ; Erekson *et al.*, 2016), ce qui affecte souvent énormément leur qualité de vie (Erekson *et al.*, 2016 ; Hutchinson-Colas et Segal, 2015 ; Nosek *et al.*, 2012 ; Parish *et al.*, 2013). Généralement, on divise cette détresse en trois aspects : la détresse causée par

l'anxiété, l'irritabilité, l'angoisse ou la dépression perpétrées par des changements neuroendocriniens ; la détresse causée par les états psychologiques résultant des réponses émotionnelles face à certains événements tels que la ménopause ou le vieillissement, et celle due aux symptômes eux-mêmes (vulvo-vaginaux ou autres) (Nosek *et al.*, 2012). La *North American Menopause Society* (2015) évalue que les symptômes vulvo-vaginaux entraîneraient des impacts notables sur le style de vie de 33% des femmes, sur la santé émotionnelle de 40% d'entre elles et sur la vie sexuelle de 76% des femmes ménopausées ou en transition ménopausique sexuellement actives (Erekson *et al.*, 2016 ; NAMS, 2015). Ces symptômes auraient également un impact sur leurs relations amoureuses ou maritales (13%), car près de 61% des femmes péri- ou post-ménopausées cacheraient leur inconfort ou leurs douleurs à leur-s partenaire-s sexuel-le-s (Parish *et al.*, 2013).

Une étude récente conclut que plus de 50% des femmes auraient une perception négative de la ménopause due entre autres à l'impact de celle-ci sur leur vie et sur leurs activités sexuelles (Erbil, 2017 ; Erekson *et al.*, 2016).

Selon les recherches actuelles, les symptômes vulvo-vaginaux de la ménopause, dont la sécheresse vaginale, auraient des répercussions sur la confiance en soi des femmes péri- et post-ménopausées, en plus d'affecter négativement l'image corporelle de celles qui auraient une perception négative de la ménopause, bien que plusieurs autres facteurs (le fait d'avoir eu une ménopause naturelle ou chirurgicale, par exemple) entrent en ligne de compte (Erbil, 2017 ; Liechty et Yarnal, 2010 ; Parish *et al.*, 2013 ; Pearce *et al.*, 2014).

Tout le monde en parle... pas assez

Lors de mes stages en gynécologie et médecine familiale, il y a de cela quelques années, j'ai vu des femmes en larmes dans le bureau de leur médecin tentant d'expliquer la détresse qu'elles vivaient à cause des changements physiques qu'elles observaient, mais qu'elles ne comprenaient pas et auxquels elles ne savaient pas faire face. J'ai réalisé que les très nombreux changements lors de la ménopause ne sont jamais explicités ou ne le sont qu'une fois la ménopause bien entamée, ce qui, parfois, peut créer un trouble chez certaines patientes.

Selon la littérature, les femmes sont très peu informées en ce qui a trait à la santé vulvo-vaginale, encore moins lors de la ménopause, et plusieurs experts dénoncent ce « manque de compréhension » flagrant (Nappi et Kokot-Kierepa, 2012 ; Parish *et al.*, 2013).

Beaucoup de femmes pensent que les symptômes désagréables liés au GSM sont inévitables et ne cherchent pas en général à remédier à ces problèmes affectant leur qualité de vie ainsi que leur vie sexuelle (Erekson *et al.*, 2016 ; Montemurro et Gillen, 2013 ; Nappi *et al.*, 2013 ; Parish *et al.*, 2013). C'est pourquoi la *North American Menopause Society* (2015), appuyée par de nombreux chercheurs (Erbil, 2017 ; Farrell, 2017 ; Parish *et al.*, 2013), somme les professionnels de la santé de s'enquérir davantage des manifestations cliniques de ces symptômes auprès de leurs patientes et encourage les femmes à en parler à leur médecin traitant, car plusieurs alternatives pouvant soulager les maux occasionnés par la ménopause sont disponibles et efficaces. Plusieurs produits (crèmes, anneaux, comprimés, gels, lubrifiants, etc.) hormonaux ou non, peuvent grandement soulager ces symptômes (Farrell, 2017 ; Hutchinson-Colas et

Segal, 2015 ; Palacios *et al.*, 2015 ; Parish *et al.*, 2013 ; Rousseau, 2017). Néanmoins, beaucoup d'inquiétudes subsistent par rapport aux traitements hormonaux, tant au niveau du corps médical que des patientes, entre autres à cause des fortes mises en garde contre certains produits à base d'œstrogène (NAMS, 2015 ; Nosek *et al.*, 2012). C'est un débat qui fait encore rage au sein de la communauté scientifique d'aujourd'hui. En dépit de cela, plusieurs experts ont conclu que les produits contenant de l'œstrogène à faible dose et administrés localement ne présentaient que de très faibles risques (Huang *et al.*, 2010 ; Martin et Barbieri, 2017 ; NAMS, 2015 ; Parish *et al.*, 2013) et le ratio risque-bénéfice des traitements hormonaux permettait de s'entendre sur le fait que la thérapie hormonale, bien que contre-indiquée pour certaines femmes ayant un profil médical particulier, puisse être beaucoup plus bénéfique que nuisible ou dangereuse pour plusieurs (Martin et Barbieri, 2017 ; NAMS, 2018). Ceci dit, un suivi médical serré est tout de même de mise (NAMS, 2015), car certains médicaments à fortes doses d'œstrogène ont été associés au risque de développer des cancers du sein, des accidents vasculaires cérébraux ou des maladies cardiovasculaires (Wurz *et al.*, 2014).

Restauration vulvaire

D'autres traitements alternatifs deviennent aussi de plus en plus disponibles. C'est le cas de la thérapie laser, utilisée pour régénérer des tissus et rétablir leur fonction normale (Hutchinson-Colas et Segal, 2015), qui a été prouvée efficace pour améliorer la santé vaginale des femmes post-ménopausées en allégeant certains symptômes comme la sécheresse, la dyspareunie et la dysurie (Salvatore *et al.*, 2014).

Le fait d'être insatisfaite d'une partie de son physique est relativement commun chez les femmes et c'est encore plus vrai en termes d'apparence des organes génitaux (Bramwell et Morland, 2009). Cette insatisfaction, ce malaise ou cet embarras face à l'apparence de leurs organes génitaux gêne souvent le plaisir des femmes lors de rapports sexuels (Bramwell et Morland, 2009). Toutefois, plusieurs équipes de chercheurs ont trouvé que cette insatisfaction était moindre chez les femmes plus âgées (Bramwell et Morland, 2009 ; Montemurro et Gillen, 2013 ; Yurteri-Kaplan *et al.*, 2012), comparativement aux plus jeunes. Ceci peut être expliqué par différentes raisons : changements physiques dus à l'âge, le développement d'une estime de soi plus forte ou qui tient moins compte de l'apparence des organes génitaux, ou un simple effet de cohorte mettant l'accent sur le fait qu'il y a une représentation plus variée et plus accessible des organes génitaux de femmes dans les médias (Bramwell et Morland, 2009). On peut donc s'accorder sur le fait que si les femmes ménopausées sont insatisfaites de leurs organes génitaux, c'est souvent plus à cause du fonctionnement de ceux-ci que de leur apparence.

Néanmoins, l'industrie de la chirurgie plastique et cosmétique propose sa « solution » face aux changements génitaux qu'entraîne la ménopause. Cette industrie lucrative présente souvent les changements vulvo-génitaux dus à l'âge ou aux accouchements comme étant des choses négatives (Bramwell et Morland, 2009). Même si de plus en plus de femmes ménopausées sont intéressées à avoir recours à ce type de chirurgie (Yurteri-Kaplan *et al.*, 2012), il faut toutefois demeurer prudent quant à ce genre de procédure chez une population ménopausée étant donné qu'il n'existe pas de données par rapport aux effets que de telles chirurgies peuvent avoir à long terme en matière de cicatrisation, de dommages nerveux, etc. (Iglesias, 2014).

Il y a peu d'études faisant état de ce qui est « normal » en termes de l'anatomie des organes génitaux des femmes ménopausées (Basaran *et al.*, 2008). Sans vouloir imposer un standard anatomique, Basaran et ses collègues argumentent qu'il serait important d'avoir des repères anatomiques précis afin de vérifier objectivement les résultats des traitements pour les « changements atrophiques » qu'on propose aux femmes ménopausées ou en voie de l'être (Basaran *et al.*, 2008)

Vulves fringantes

Bien que le désir sexuel des femmes ménopausées soit parfois moins présent, entre autres à cause de la baisse du niveau de testostérone (Avis *et al.*, 2009), mais aussi à cause des douleurs engendrées par les divers symptômes vulvo-vaginaux se répercutant sur leur libido (Parish *et al.*, 2013), les femmes ménopausées sont encore très actives sexuellement, et ce, encore plus qu'auparavant. En effet, depuis 1992, l'activité sexuelle des femmes âgées de 50 à 69 ans a augmenté d'environ 40% (Moyal-Barracco *et al.*, 2010 ; Rousseau, 2017).

De plus, parce que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et sachant que l'âge moyen de la ménopause est de 50.5 ans en Amérique du Nord, la majorité des femmes vivront presque 40% de leur vie en étant ménopausées (Hutchinson-Colas et Segal, 2015 ; Moyal-Barracco *et al.*, 2010 ; Parish *et al.*, 2013).

Il apparaît donc important de se pencher sur la satisfaction sexuelle des femmes ménopausées ou sur le point de l'être. Une étude rapporte que 57% des femmes insatisfaites de leurs activités sexuelles désireraient être plus actives sexuellement (Grass *et al.*, 2011), mais sont empêchées de le faire à cause des symptômes liés à l'atrophie vulvo-vaginale et uro-génitale (GSM) (Parish *et al.*, 2013).

De telle sorte que jusqu'à 80% des femmes post-ménopausées décident de continuer à avoir des relations sexuelles malgré l'inconfort physique ressenti, en « tolérant » la douleur et en apprenant à composer avec elle (Parish *et al.*, 2013).

Tous les articles traitant des changements vulvo-vaginaux de la ménopause mentionnent inévitablement la difficulté d'avoir une vie sexuelle satisfaisante pour les femmes péri- et post-ménopausées. On peut donc en convenir qu'il s'agit là d'une problématique très présente à laquelle les professionnels de la santé se doivent d'accorder une attention particulière afin d'aider les femmes souffrant de GSM.

Dans l'ensemble, cette chronique s'inscrit dans un débat assez houleux concernant la ménopause. Loin de moi l'idée d'en faire un texte qui pourrait être qualifié de « pénétrocentré », mais il reste que les aspects abordés méritent considération. L'approche strictement biologique n'est pas suffisante pour cerner toutes les nuances des problématiques et des enjeux qu'amène la ménopause, mais elle demeure fondamentale, d'où l'idée de consacrer un texte entier sur les problèmes physiologiques du climatère. Le fait de laisser de côté l'aspect touchant à la rééducation sexuelle et à l'élargissement des scripts sexuels, par exemple, pour présenter une vue plus complexe de la biologie de la ménopause a donc été accompli de manière consciente et assumée. Ceci dit, cette chronique reste donc une simple incursion dans le vaste univers de la ménopause.

En définitive, bien qu'une très grande majorité de femmes ressentent de nombreux symptômes vulvo-vaginaux dus à la ménopause ayant pour conséquence de créer une détresse psychologique et émotionnelle, il existe plusieurs possibilités afin de pallier ces problèmes. En plus des traitements médicaux pouvant soulager les symptômes physiques (Palacios *et al.*, 2015 ; Rousseau, 2017), un changement de perception face à la ménopause peut aussi énormément aider les femmes à naviguer dans cette période de changements (Erbil, 2017).

Tout bien considéré, il faudrait adopter une attitude positive envers la ménopause et donner de l'information adéquate aux femmes concernant cette période tout au long de leur vie afin de créer une perception plus juste du phénomène. Il a dûment été démontré que les femmes ayant une attitude optimiste de la ménopause avant et pendant la préménopause tendent à avoir une meilleure perception de soi ainsi que moins de détresse psychologique (Erbil, 2017). Une meilleure éducation quant aux changements attendus lors de la période climatère préparerait elle aussi sans doute les femmes à quoi s'attendre. Bref, vénérons la vulve qui a vécu.

*Ô toi, vulve vénérable
Aux douces lippes admirables
Que tu sois aimée et que l'on te vénère
Malgré la sévère période climatère
Bien que tu te métamorphoses
Tu resteras pour toujours grandiose*

Références

Avis, N.E., Brockwell, S., Randolph, J.F. Jr, Shen, S., Cain, V.S., Ory, M. et Greendale, G.A. (2009). Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, 16(3), 442–452. DOI 10.1097/gme.0b013e3181948dd0

Basaran, M., Kosif, R., Bayar, U. et Civelek, B. (2008). Characteristics of external genitalia in pre- and postmenopausal women. *Climacteric*, 11(5), 416-421. DOI 10.1080/13697130802366670

Bramwell, R. et Morland, C. (2009). Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 15-27. DOI 10.1080/02646830701759793

Casper, R.F. (2017). Clinical manifestations and diagnosis of menopause. Dans *UpToDate*. Récupéré de https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?source=search_result&search=menopause&selectedTitle=1~150http://www.gemvi.org/congres-session-33.php

Erekson, E.A., Li, F.-Y., Martin, D.K. et Fried, T.R. (2016). Vulvovaginal symptoms prevalence in postmenopausal women and relationship to other menopausal symptoms and pelvic floor disorders. *Menopause*, 23(4), 368-375. DOI 10.1097/GME.0000000000000549

Farrell, E. (2017). Genitourinary syndrome of menopause. *The Royal Australian College of General Practitioners*, 46(7), 481-484.

Gass, M.L., Cochrane, B.B., Larson, J.C., Manson, J.E., Barnabei, V.M., Bryzski, R.G., Lane, D.S., LaValleur, J., Ockene, J.K., Mouton, C.P. et Barad, D.H. (2001). Patterns and predictors of sexual activity among women in the Hormone Therapy trials of the Women's Health Initiative. *Menopause*, 18(11), 1160–1171. DOI 10.1097/gme.0b013e3182227ebd

Huang, A.J., Moore, E.E., Boyko, E.J., Scholes, D., Lin, F., Vittinghoff, E. et Fihn, S.D. (2010). Vaginal symptoms in postmenopausal women: self-reported severity, natural history, and risk factors. *Menopause*, 17(1), 121-126. DOI doi:10.1097/gme.0b013e3181acb9ed.

Hutchinson-Colas, J. et Segal, S. (2015). Genitourinary syndrome of menopause and the use of laser therapy. *Maturitas*, 82(4), 342-345. DOI 10.1016/j.maturitas.2015.08.001

Iglesias, C.B. (2014). AGAINST: The social vulnerability and cultural view of women as sex objects needs to end. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(6), 768. DOI 10.1111/1471-0528.12621

Lewis, F.M. (2015). Vulval symptoms after the menopause – Not all atrophy! *Post Reproductive Health*, 21(4), 146-150. DOI 10.1177/2053369115608019

Liechty, T. et Yarnal, C.M. (2010). Older women's body image : a lifecourse perspective. *Ageing and Society*, 30, 1197-1218. DOI 10.1017/S0144686X10000346

Martin, K.A. et Barbieri, R.L.(2017). Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. Dans *UpToDate*. Récupéré de <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-menopausal-symptoms-with-hormone-therapy>

Montemurro, B. et Gillen, M.M. (2013). Wrinkles and Sagging Flesh: Exploring Transformations in Women's Sexual Body Image. *Journal of Women and Aging*, 25(1), 3-23. DOI: 10.1080/08952841.2012.720179

Moyal-Barracco, M., Faure, M. et Chevret-Méasson, M. (2010). Le GEMVI dans les congrès : La vulve à la cinquantaine. Dans *GEMV Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal*. Récupéré de <http://www.gemvi.org/congres-session-33.php>

Nappi, R.E. et Kokot-Kierepa, M. (2012). Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*, 15(1), 36–44. DOI 10.3109/13697137.2011.647840

Nappi, R.E., Mattsson, L.A., Lachowsky, M., Maamari, R. et Giraldi, A. (2013). The CLOSER survey: impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. *Maturitas*, 75(4), 373-379. DOI 10.1016/j.maturitas.2013.05.003

The North American Menopause Society (NAMS). (2015). *After Menopause, Vulvovaginal Troubles Are Common and Linked with Other Pelvic Problems*.

The North American Menopause Society (NAMS). (2018). *Hormone Therapy: Benefits & Risks*. Récupéré de <http://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/hormone-therapy-benefits-risks>

Nosek, M., Kennedy, H.P. et Gudmundsdottir, M. (2012). Distress During the Menopause Transition: A Rich Contextual Analysis of Midlife Women's Narratives. *SAGE Open*, 2(3), 1-10. DOI 10.1177/2158244012455178

Palacios, S., Mejia, A. et Neyro, J.L. (2015). Treatment of the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*, 18, 23-29. DOI 10.3109/13697137.2015.1079100

Parish, S.J., Nappi, R.E., Krychman, M.L., Kellogg-Spadt, S., Simon, J.A., Goldstein, J.A. et Kingsberg, S.A. (2013). Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *International Journal of Women's Health*, 5, 437-477. DOI 10.2147/IJWH.S44579

Pearce, G., Thogersen-Ntoumani, C. et Duda, J. (2014). Body image during the menopausal transition: a systematic scoping review. *Health Psychology Review*, 8(4), 473-489. DOI 10.1080/17437199.2013.848408

Portman, D.J. et Gass, M.L.S. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climacteric*, 17, 557-563. DOI 10.3109/13697137.2014.946279

Rousseau, D. (2017). *Est-ce encore hot de parler de ménopause?* Diapositives de la présentation de Dr. D. Rousseau au congrès d'obstétrique et gynécologie de l'Hôpital Sacré-Cœur.

Salvatore, S., Nappi, R.E., Zerbinati, N., Calligaro, A., Ferrero, S., Origoni, M., Candiani, M. et Leone Roberti Maggiore, U. (2014). A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. *Climacteric*, 17(4), 363-369. DOI 10.3109/13697137.2014.899347

Suh, D.D., Yang, C.C., Cao, Y., Garland, P.A. et Maravilla, K.R. (2003). Magnetic resonance imaging anatomy of the female genitalia in premenopausal and postmenopausal women. *The Journal of Urology*, 170(1), 138-44. DOI 10.1097/01.ju.0000071880.15741.5f

Wurz, G.T., Kao, C.-J. et DeGregorio, M.W. (2014). Safety and efficacy of ospemifene for the treatment of dyspareunia associated with vulvar and vaginal atrophy due to menopause. *Clinical interventions in aging*, 9, 1939-1950. DOI 10.2147/CIA.S73753

Yurteri-Kaplan, L.A., Antosh, D.D., Sokol, A.I., Park, A.J., Gutman, R.E., Kingsberg, S.A. et Iglesia, C.B. (2012). Interest in cosmetic vulvar surgery and perception of vulvar appearance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(5), 428.e1-428.e7. DOI 10.1016/j.ajog.2012.06.056