

Le lichen scléro-atrophique vulvaire chez la femme ménopausée : les médecins généralistes sont aussi concernés par sa prise en charge

Carine Pillot

▶ **To cite this version:**

Carine Pillot. Le lichen scléro-atrophique vulvaire chez la femme ménopausée : les médecins généralistes sont aussi concernés par sa prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03206949

HAL Id: dumas-03206949

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03206949

Submitted on 23 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Carine PILLOT

Le 08 avril 2021

TITRE

Le lichen scléro-atrophique vulvaire chez la femme ménopausée : les médecins généralistes sont aussi concernés par sa prise en charge

Directrice de thèse : Docteur Elodie MILLION

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Aurélie DU THANH

Madame le Docteur Elodie MILLION

Madame le Docteur Mélanie CAYRAC

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Carine PILLOT

Le 08 avril 2021

TITRE

Le lichen scléro-atrophique vulvaire chez la femme ménopausée : les médecins généralistes sont aussi concernés par sa prise en charge

Directrice de thèse : Docteur Elodie MILLION

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Aurélie DU THANH

Madame le Docteur Elodie MILLION

Madame le Docteur Mélanie CAYRAC

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe

MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

À **Monsieur le Professeur Philippe Lambert**, vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie. Merci pour votre disponibilité et votre rapidité lors de nos échanges. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus sincère reconnaissance.

A **Madame le Docteur Aurélie Du Thanh**, c'est un honneur de vous voir siéger dans mon jury de thèse. Votre expertise en tant que dermatologue est précieuse pour ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

A **Madame le Docteur Mélanie Cayrac**, vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, et je vous en remercie infiniment. Votre point de vue de gynécologue est essentiel pour ce travail. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

A **Madame le Docteur Elodie Million**, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci de m'avoir guidée avec précision et bienveillance, merci pour ton écoute et ta réactivité. Ta passion et ton engagement pour cette si belle spécialité sont un modèle. J'ai beaucoup appris à tes côtés, je t'en remercie infiniment.

Au **Dr Pascale Fabbro**, pour votre disponibilité et votre aide bienveillante dans l'analyse statistique de ce travail.

Aux **CDOM**, **URPS** et à **l'ensemble des médecins ayant répondu à l'enquête**, sans qui ce travail n'aurait pu être possible.

A **l'équipe de neurologie de Perpignan**, pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en tant qu'interne, avec douceur et savoir. A **Yann T.**, **Ophélie** et **Cédric**, mes premiers co-internes, merci de vos conseils, merci d'avoir écouté mes craintes et de m'avoir encouragée à croire en moi.

Au **service de cardiologie de Perpignan**, au **Dr Sultan et son équipe**, à **Jorge**, **Amélie** et **Thomas**, pour votre accueil chaleureux et votre bonne humeur, pour m'avoir transmis votre passion et pour m'avoir fait confiance.

A **l'équipe des urgences de Béziers**, pour ces 6 mois toujours dans la bonne humeur.

A **l'équipe de pédiatrie de Montpellier**, à **Perrine** et **Pauline**, et à mes co-internes **Sita**, **Maxime** et **Charline**, pour m'avoir fait redécouvrir le monde de la pédiatrie et tous ses bons côtés.

A **l'équipe de médecine interne-HTA de Montpellier**, pour ce dernier semestre à l'hôpital riche en rire et complicité, merci pour votre accessibilité, votre transmission de savoir et votre bonne humeur. A l'équipe de choc avec **Manon**, **Marine**, **Marie** et **Ninon**, je n'aurais pu rêver mieux comme dernières co-internes.

Aux **Docteurs Brunel** et **Simon** pour m'avoir accueillie dans votre cabinet médical pour mon premier stage de médecine générale en libéral en tant que médecin.

Aux **Docteurs Amar**, **Autuori**, **Sablayrolles**, **Viot**, et **Zerkowski**, pour m'avoir accueillie dans vos consultations au cours de mon SASPAS et m'avoir transmis vos connaissances avec passion.

A ma famille

A mes parents, grâce à qui je suis ici aujourd'hui. Merci pour m'avoir accompagnée depuis ce premier jour où j'ai fait ce choix aussi fou que merveilleux de devenir docteur. Merci d'avoir pansé mes peines et partagé mes joies depuis les premières heures de ces études si longues et tortueuses, merci d'avoir toujours cru en moi. Merci pour votre écoute indéfectible au quotidien et vos conseils avisés, merci pour votre patience inébranlable. Merci pour votre amour inconditionnel, vous êtes des parents extraordinaires. A **Maman**, pour ton écoute, ta patience, ta philosophie de vie. A **Papa**, pour ta rigueur, ton œil aiguisé, tes conseils toujours sensés. Les mots me manquent pour vous dire comme je vous aime.

A mes grands-parents, mes premiers supporters, merci d'avoir cru en moi depuis le début, vous êtes pour moi des modèles de courage, je suis enfin devenue votre Docteur préféré. A **Pépère**, la fable du *Laboureur et ses enfants* est toujours sur mon bureau, je t'entends encore la réciter par cœur. Ta volonté et ta force de travail sont un modèle pour moi, merci pour ton soutien indéfectible. A **Françoise**, pour ton accueil et ta gentillesse. A **Mamie**, pour ces moments précieux hors du temps passés à écouter les souvenirs de cette vie si bien remplie, si seulement « on pouvait arrêter les aiguilles au cadran qui marque les heures de la vie » comme tu aimes si bien citer Berte Silva. A **Papi**, pour ces fêtes de famille toujours en musique et dans la bonne humeur, je t'entends encore chanter cette belle *Ballade des gens heureux*, merci pour tous ces souvenirs heureux que tu nous as laissés.

A mon frère et mes sœurs, pour votre soutien depuis le début de cette aventure, pour cette enfance heureuse, pour ces retrouvailles familiales et ces jeux toujours dans la bonne humeur. A **Vivien et Hui**, merci pour ces instants grenoblois, autour de repas délicieux ou de soirées home cinéma. A **Emeline**, merci pour ces intermèdes musicaux qui nous font vibrer et voyager. A **Lolo**, tu m'as aidée à me construire, grâce à ta philosophie de vie, ton écoute attentive et ta bonne humeur. Nos escapades en France ou de l'autre côté de l'Atlantique sont toujours une bouffée d'air frais et une succession de fous rires indispensables à ma vie. Pour tout cela, merci.

A **Melwan**, **Auguste**, **Charles** et **Faustine**, vous êtes le reflet d'une innocence si belle à redécouvrir.

A **la famille Lambert**, pour m'avoir toujours soutenue et avoir cru en moi depuis les premières heures de la première année de ces études si longues, pour toutes ces cartes postales envoyées qui égayaient mon quotidien. Merci d'avoir été là.

A **Marie-Christine**, pour ta bonne humeur. Ta volonté et ta force de vivre ne cessent de m'impressionner et sont un modèle pour moi.

A **Luc**, pour toutes ces escapades sur l'eau, pour m'avoir initiée à la voile et donné envie d'en découvrir d'avantage.

A **mes cousin(e)s**, pour ces retrouvailles toujours joyeuses. A **Yoann**, parti bien trop tôt.

A mes amis grenoblois

A **Claire**, une rencontre au lycée et on ne s'est plus quitté, merci d'être cette amie fidèle, toujours présente.

A **Florent**, mon voisin préféré, on se suit depuis le CP, depuis la navette dans la chicane jusqu'en amphi à Boucherle, depuis le vélo dans notre très chère allée de la treille jusqu'au ski à La Plagne avec toute la bande, en passant par cette fameuse année PACES pendant laquelle tu as été un allier fidèle sur qui je pouvais compter. Merci pour ton amitié.

A **Anna**, on avance côte à côte depuis le début de cette belle aventure, depuis ce jour de P2 où j'ai accepté de descendre des Sept-Laux dans ta voiture alors que les freins étaient plus que douteux,

amitié scellée depuis ce mythique voyage à Barcelone. Merci d'être là depuis le début, dans les moments de joie comme dans les moments de doute, merci de m'écouter, de me comprendre et de me rassurer, merci pour tous ces beaux moments partagés. Merci pour cette si belle amitié.

Et puis au **Club des 7**, pour cette amitié qui perdure au-delà du temps et des kilomètres, ces années d'externats, ces soirées, ces vacances en montagne, à l'autre bout de la terre ou même sur l'eau. J'espère continuer encore longtemps à vos côtés. Et puis c'est sûr, un jour on ira à Tahiti et on vivra notre meilleure vie. A **Elise**, notre duchesse, ma dermatologue auvergnate préférée, pour toutes ces soirées partagées, pour ces vacances de rêve en voilier. Ton aide a été précieuse dans ce travail, et je t'en remercie. A **Julie**, notre scout adorée, ma presque coloc d'externat, pour ces moments de partage, ces soirées à refaire le monde. Tes talents d'organisatrice de vacances ou de soirées m'impressionneront toujours. A **Marie**, mon autre presque coloc d'externat, pour ta motivation à toute épreuve, pour cette amitié qui voyage, en Italie ou au milieu de la méditerranée. A **Cassou**, notre chat noir adoré, pour tes histoires déjantées qui n'arrivent qu'à toi, toi la seule qui arrive à avoir deux chaussures d'une taille différente, surtout ne change pas. Merci pour ton aide dans ce travail. A **Hélène**, notre Simba préféré, pour être la seule à me comprendre vraiment quand il s'agit des Disneys, promis on refera des boums endiablées, avec mon ampoule fétiche.

A **Elé**, pour ton amitié joyeuse et ton écoute précieuse, depuis le début de l'externat, merci de me comprendre si bien.

A **Jannie**, ta bonne humeur et ta philosophie de vie sont comme une bouffée d'air frais à chaque fois que l'on se voit, merci pour ton amitié, je te souhaite le meilleur avec ta nouvelle petite famille.

A **Aude, Anna, Antoinette, Elena**, pour ces 6 mois merveilleux et hors du temps passés à Bologne, pour tous ces souvenirs impérissables pleins de joie et de folie.

A **Simon**, pour ta bonne humeur, et tes talents incontestables de DJ, je sais qu'au fond de toi, il y a une part qui prend plaisir à mettre Céline et JJG aux soirées.

A **toute la bande de Gre-mède** : **Arnaud**, mon capitaine préféré, **Luce**, **Thibault**, **Margaux**, **Justin**, **Fanny**, **Noelle**, **Pili**, **PE**, et tous les autres. Merci pour ces années d'externats inoubliables, et ces voyages à 30 plus extraordinaires les uns que les autres, au ski ou sous les tropiques. J'espère que ces retrouvailles perdureront encore longtemps.

A **Marie B.** et **Marielle**, pour cette aventure qui a commencé à Grenoble et qui se poursuit à Montpellier, je nous revois encore dans ma Clio avec toutes nos affaires, débarquer à Perpignan, après avoir écouté l'intégral de *Roméo et Juliette*. Merci pour votre écoute, votre soutien, et votre amitié inébranlable. A **Marie B.**, pour ces soirées en tête à tête à refaire le monde, autour d'une pizza ou sur un fond de *Secrets d'Histoire*. A **Marielle**, pour être ce rayon de soleil qui donne toujours le sourire, pour cette si belle gaieté qui t'anime et qui est communicative.

A mes amis montpelliérains

A **Marie L.**, tu es présente depuis le début de l'internat. Depuis nos premières gardes, jusqu'à ce jour de thèse. En tant que co-interne, que colocataire, mais surtout en tant qu'amie. Merci de croire en moi quand je vacille, de me faire sourire quand je pleure, merci pour ton écoute douce et réconfortante, tes conseils avisés, merci pour toutes ces RCP improvisées. Merci pour tous ces fous rires, ces soirées inoubliables, et ces moments de vie partagés. Merci de me comprendre si bien. Merci pour cette belle et précieuse amitié.

A **Severin**, la star de l'internat, mon partenaire de karaoké, grâce à toi cette passion semble un peu moins insensée. Merci pour ton amitié, ta légèreté, ta folie, ta joie de vivre. Merci pour ces soirées dingues, barcelonaises, berlinoises, ou tout simplement montpelliéraines. La vie est plus folle avec toi (et depuis que j'ai enlevé cette barrette) et je t'en remercie.

A **Valentine W.**, grâce à toi j'ai trouvé une amie plus mauvaise joueuse que moi. Merci pour tous ces moments de partage, pour ton franc parlé, pour ta sincérité, merci pour cette amitié simple et belle qui s'est forgée au fil du temps, doucement mais surement.

Et à **toute la bande de Perpi** : **Constance**, ma catalane préférée, à quand le prochain voyage en duo dans les Landes ?, **Valentine F.**, la reine strasbourgeoise mais surtout la reine du dancefloor (et de la tecktonik), **Bastien Duch**, pour avoir toujours le mot pour rire, **Pierre Dech**, **Bastien Jeannou** et **Pierre G.**, pour ces moments de partage toujours en musique, **Isa**, la plus bolivienne de tous, **Tibère,** parce que *Les mots bleus* est une si belle chanson, **Jean-Kev**, parce que tu es mon beauf préféré, **Ophélie**, pour avoir été ma première co-interne, ma première coloc, ma première confidente, **Eddine**, pour ta bonne humeur, **Mathilde Z.,** parce que les galettes complètes, il n'y a que ça de vrai, **Nico**, **Jo**, **PE** et **Blanche**, **Marie C.**, et tous les autres. Je n'aurais pu rêver mieux pour mes premiers pas dans cette nouvelle vie dans le sud. Je me souviens de ces améliorés toujours plus déjantés les uns que les autres, ces soirées à l'autre bout de la région, mais aussi ces intermèdes musicaux, ces sorties ski, ces randonnées à Cadaquès ou ces week-ends à Barcelone. Ce semestre a ensoleillé mon internat, et créé de belles amitiés. J'espère vous avoir à mes côtés pour encore longtemps.

A **Marion A.** et **Bastien N.**, ce groupe si stylé, merci pour ces soirées inoubliables, ces week-ends de rire non-stop, cette semaine de vacances improbable, peut-être la plus froide de ma vie mais finalement peut-être aussi la plus folle, parce que « we could do it too nan !? ». J'espère que ces bouffées d'air et de rire continueront encore longtemps, à Chamrousse, Cadaquès ou ailleurs.

Et à **toute la bande de Béziers** : **Dimitri**, mon radiologue attitré, **Caro C.**, la plus déjantée de tous, **Mathieu**, enfin plutôt MaCecchi, et **Benoit**, c'était toujours un plaisir de demander un avis chir avec vous, **Régal** et **Line**, avec qui l'aventure avait commencé à Gre, **Antoine**, **Carole**, **Yann I.**, notre cher président, **Helene**, **Momo**, et tous les autres. Nous avons vécu 6 mois hors du temps. Merci pour ces jeudis soirs toujours plus animés, pour ces sorties à l'UAG, pour ces soirées 20 c'est le vin mythiques, pour ces belles randonnées, ces tournois de squash, pour m'avoir permis d'avoir un poulailler avec des œufs frais tous les jours. Nous étions comme une belle et grande famille, et pour cela merci.

A **Kevin** et **Marouane**, mes moldus préférés, ces années de colocation avec vous sont gravées dans mon cœur à jamais. Merci pour ces longues soirées de débats animés, ces sorties natures, ces repas partagés, ces soirées autant inoubliables qu'inattendues, ces potins inépuisables. Vous

m’avez permis de m’échapper de cet internat quand la pression devenait trop grande et je vous en serai éternellement reconnaissante. A **Marouane**, pour ton calme et ton altruisme, pour m’avoir fait découvrir une autre vision de la vie. Ta curiosité et ton envie de changer le monde m’impressionnent. A **Kéké**, pour ta bonne humeur, ton optimisme, ton écoute attentive, ta présence et la patience dont tu fais preuve avec moi. Tu es un ami fidèle sur qui je sais que je peux compter, même de l’autre côté de la Manche, et pour cela merci.

A **Solène**, ma guitariste préférée, merci pour ces duos improvisés, pour ton humour au 10ème degré, et pour m’avoir recueillie avec amour dans ta chambre plus de deux mois sans broncher. J’ai hâte de naviguer à tes côtés.

Et à **la coloc du confinement** : **Fanny**, **Justine**, **Lisa**, **Anne-Laure**, et **Chris**, pour m’avoir accueillie chez vous, intégrée comme s’il n’en avait jamais été autrement. Merci pour ces mois de confinement hors du temps, ces repas, ces soirées dansantes, ces après-midis jeux de société, ces moments chantés autour d’une guitare, ces parties de coinche endiablées. Ce virus aura au moins permis une chose : la naissance de belles amitiés.

A **mes colocs**, merci de me supporter tous les jours, en chansons ou en pilou-pilou, d’accepter mes goûts de princesse, de m’avoir soutenue et aidée tout au long de ce travail. Merci d’avoir égayé mes journées, d’avoir rendu cette période de confinement et de couvre-feu un peu moins dure à supporter. Merci pour tous ces bons petits plats et ces soirées pleines de rires, je n’aurais pu rêver mieux comme nouveau chez moi. A **Micka,** notre futur danseur étoile, et à **Guig,** le Valérie Damidot de la coloc, merci pour votre bonne humeur et pour avoir toujours les mots réconfortants quand il faut, merci pour vos conseils. A **Marion G**., merci pour toutes ces longues soirées en tête à tête, autour d’un film, d’une tisane ou de glaces Häagen-Dazs. Merci pour tes nombreuses relectures. Merci pour ton écoute patiente et ton soutien, merci de me comprendre si bien.

Et à tous ceux qui m’ont aidée de près ou de loin dans la finalisation de ce travail.

Table des matières

Abréviations 30

Introduction 31

Matériel et méthode 33

I. Type de l'étude 33

II. Population étudiée 33

III. Elaboration du questionnaire 33

IV. Diffusion du questionnaire 34

V. Objectif de l'étude 34

VI. Analyse statistique 35

1. Les variables 35

2. Analyse des données 35

Résultats 37

I. Recueil de données 37

II. Caractéristiques de la population étudiée 38

III. Analyse descriptive 40

1. Analyse globale 40

2. Prise en charge par les médecins généralistes ayant réalisé un examen clinique chez une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire 42

3. Prise en charge par les médecins généralistes n'ayant pas réalisé d'examen clinique chez une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire 48

IV. Ajustement aux facteurs de confusion 50

1. Evocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire 50

2. Pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire 51

3. Evocation du diagnostic de LSA après un examen clinique typique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire 53

Discussion 55

I. Résultats principaux 55

II. Forces et limites 55

1. Limites 55

2. Forces 56

III. Comparaison à la littérature 57

IV. Défiance vis-à-vis des dermocorticoïdes 58

V. Diagnostic différentiel principal : l'atrophie vulvo-vaginale 59
VI. Les freins à la réalisation d'un examen clinique gynécologique 60
VII. Collaboration pluridisciplinaire 61
Conclusion 63
Bibliographie : 64
Annexes 70
Annexe 1 : Questionnaire (maquette d'un questionnaire progressif sur *Google Form*) 70
Annexe 2 : Mails envoyés aux médecins généralistes via les CDOM et les URPS 76
Annexe 3 : Détails des CDOM et URPS répondants et non répondants 77

Abréviations

CDOM : Conseil De l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DU : Diplôme Universitaire

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HSV : Herpès Simplex Virus

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

LSA : Lichen Scléro-Atrophique

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NA : Non Applicable

NS : Non Significatif

NSN : Nombre de sujets nécessaire

P25 : 25ème percentile

P75 : 75ème percentile

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

RR : Risque Relatif

SD : Standard déviation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TOPICOP : TOPIcal COrticosteroids Phobia

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

Introduction

La ménopause est un processus physiologique qui se définit par l'arrêt définitif des menstruations et résulte de l'arrêt du fonctionnement hormonal de l'ovaire (1). Elle survient en moyenne à l'âge de 51 ans et représente environ 1/3 de la vie d'une femme (2,3). Des pathologies et des symptômes spécifiques peuvent être attribués à la ménopause, le suivi gynécologique de la femme ménopausée est donc nécessaire.

Des études montrent que les médecins généralistes sont souvent sollicités pour réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes, autant en France que dans d'autres pays européens (4,5). De plus, l'accessibilité à un rendez-vous chez un gynécologue est complexe en France du fait des difficultés démographiques et des délais d'attente souvent longs (5,6). La proximité des médecins généralistes et la facilité d'accès à leurs consultations sont des éléments clés pour le suivi de ces patientes. Le rôle des médecins généralistes est donc primordial dans le dépistage des pathologies gynécologiques post-ménopausiques.

D'après une revue de la littérature réalisée en 2013 aux Etats-Unis et en Europe, environ 50 % des femmes ménopausées souffrent de symptômes vulvo-vaginaux (dyspareunie, prurit, sècheresse vaginale, …). Ils sont essentiellement du à la diminution du taux d'œstrogènes dans les tissus de l'appareil génito-urinaires. 52 % des femmes interrogées ont décrit un impact négatif de ces symptômes sur leur vie : leur vie sexuelle (40%), leur estime d'elles-mêmes (17%), leur relation maritale (13%) et leur vie sociale (7%) (7).
Ces symptômes sont pourtant peu dépistés, peu traités, et encore tabous, avec des difficultés de la part des patientes à en parler spontanément aux professionnels de santé (5).

Le lichen scléro-atrophique (LSA) est une dermatose inflammatoire chronique cutanéomuqueuse atteignant avec prédilection la région ano-génitale (8,9). La prévalence du LSA est évaluée entre 0.1 à 0.3% dans la population générale, et entre 1.7% à 3.3 % chez la femme ménopausée (10–12). D'après une étude de registre néerlandaise, l'incidence du LSA est passée de 7,4 à 14,6/100 000 femmes/an entre 1991 et 2011 (13). La prévalence et l'incidence exactes du LSA sont difficiles à estimer du fait d'un sous-diagnostic (méconnaissance de la pathologie, pudeur de la patiente, formes asymptomatiques, …) (14). Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (sex-ratio de 3 à 10 pour 1) (9,15). Il existe 2 pics de prévalence du LSA : en période pré-pubertaire (7.6 ans) et post-ménopausique (vers 60 ans) (9,10). L'étiologie du LSA n'est aujourd'hui pas

certaine. L'auto-immunité semblerait impliquée chez les femmes, le LSA étant effectivement fréquemment associé à des pathologies auto-immunes (42%) : dysthyroïdies, vitiligo, psoriasis, ... (8–10,14,16). Une part génétique et hormonale (liée à la dihydrotestostérone) semble également impliquée (14).

Le LSA est caractérisé par une hypo-pigmentation et une atrophie de la peau et des muqueuses. Pendant la ménopause, le LSA conduit à un remaniement de l'anatomie vulvaire, avec notamment un amincissement de la peau, une sténose de l'ostium, une résorption des petites lèvres avec effacement des reliefs, un encapuchonnement clitoridien, des rétrécissements urétraux, pouvant aller même jusqu'à une adhésion des tissus et une sclérose (9).
Le LSA est asymptomatique dans 15% des cas (17), mais peut engendrer des symptômes pouvant être très handicapants tels que douleur, prurit dans 75% des cas, sensation de brûlure vulvaire dans 30% des cas, dyspareunie d'intromission, fissures, saignements, dysurie, constipation, … (16)
De plus, le LSA peut évoluer vers une néoplasie vulvaire intra-épithéliale voire un carcinome épidermoïde vulvaire dans 3.5 à 5% des cas (10,16).
Le diagnostic du LSA est clinique, mais une biopsie peut être nécessaire en cas de doute diagnostic ou si le traitement de première intention ne fonctionne pas (14).
Le traitement de première intention consiste en une application de dermocorticoïdes classe 3 ou 4, comme le clobétasol propionate qui montre une efficacité remarquable sur les symptômes (96% d'efficacité sur le prurit), et une amélioration de l'apparence clinique vulvaire (partielle dans 68% des cas et totale dans 23% des cas) (10,18).

Le LSA est donc une pathologie à dépister et à traiter, afin d'éviter l'apparition de symptômes handicapant la qualité de vie de la femme et de limiter le risque de transformation cancéreuse. Comme nous l'avons décrit précédemment, les médecins généralistes en France comme dans le monde sont fréquemment impliqués dans le suivi gynécologique des femmes ménopausées. Le rôle de repérage et de prise en charge initiale du LSA leur revient donc souvent.

Dans cette étude, nous avons souhaité décrire la prise en charge initiale d'une femme ménopausée atteinte de LSA par le médecin généraliste.

Matériel et méthode

I. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive sous forme d'une enquête de pratique.
Cette étude a bénéficié d'une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-003 (n°2217082) à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et d'un accord du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (AVIS 200604180).

II. Population étudiée

Les participants étaient les médecins généralistes exerçant en France (métropolitaine et départements d'Outre-mer). Les critères d'exclusion étaient les médecins généralistes ayant une pratique médicale spécifique exclusive autre que la médecine générale.
Le nombre de sujets nécessaires (NSN) à inclure a été estimé à 385, avec une estimation de la proportion à 50%, une précision à plus ou moins 5%, et un risque alpha à 0,05.

III. Elaboration du questionnaire

Le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire créé sur *Google Form* (Annexe 1). Il a été construit à partir des données de la littérature scientifique au sujet du dépistage et de la prise en charge du LSA. Ce questionnaire a été testé sur plusieurs médecins généralistes avant la version définitive.
Les médecins généralistes interrogés étaient informés du fait qu'il s'agissait d'une étude sur les pathologies vulvo-vaginales chez les femmes ménopausées, il ne leur a pas été précisé que l'étude portait précisément sur le LSA, afin de ne pas influencer leurs réponses (Annexe 2).
La première partie du questionnaire comportait dix questions et permettait de déterminer les caractéristiques personnelles et sociodémographiques des médecins.

La deuxième partie était sous forme d'un cas clinique progressif à choix multiples autour d'une patiente ménopausée atteinte d'un LSA vulvaire. Les trois premières questions étaient communes, puis le cas clinique se séparait en deux selon le choix du médecin d'examiner ou non la patiente. Pour les médecins généralistes ayant choisi de réaliser un examen clinique, une photographie de LSA vulvaire leur était montrée. Plusieurs pathologies étaient proposées aux médecins: atrophie vulvo-vaginale, mycose vaginale, maladie de Paget vulvaire, eczéma, Herpès Simplex Virus (HSV), psoriasis et LSA. Plusieurs traitements leur étaient proposés : œstrogènes locaux, antifongiques, dermocorticoïdes, acide hyaluronique local, savon intime pH neutre ou gel lubrifiant. Les hypothèses diagnostiques et la prise en charge initiale des médecins généralistes étaient recherchées par différentes questions à choix multiples (Annexe 1).

IV. Diffusion du questionnaire

Un mail a été envoyé à tous les Conseils De l'Ordre des Médecins (CDOM) de France (métropolitains et outre-mer) et à toutes les Unions Régionales de Professions de Santé (URPS) de France, soit 101 CDOM et 13 URPS. Il leur a été demandé de diffuser le questionnaire avec son mot d'introduction aux médecins généralistes de leur département et région (Annexe 2).
Le questionnaire a été diffusé de manière anonyme, via un lien internet.

V. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques initiales de diagnostic, de traitement et de suivi du lichen scléro-atrophique vulvaire chez la femme ménopausée par les médecins généralistes.

VI. Analyse statistique

1. Les variables

Concernant les variables de l'étude, pour la partie *Caractéristiques personnelles*, il s'agissait de variables quantitatives discrètes (âge, année de début d'installation) et de variables qualitatives binaires, ordinales et nominales (sexe, lieu d'exercice, formation complémentaire en gynécologie, exercice spécifique, pratique d'examens gynécologiques) ; pour la partie *Cas clinique*, il s'agissait de variables qualitatives ordinales, binaires et nominales.

Certaines variables issues du cas clinique progressif ont été regroupées en sous-variables pour faciliter l'analyse.
Les différents traitements mis en place par les médecins en première intention ont été également classés en plusieurs catégories, en référence aux pathologies qu'ils traitaient à l'occasion de ce traitement : mycose (traitement par antifongiques), atrophie vulvo-vaginale (traitement par œstrogènes locaux et/ou acide hyaluronique local (19,20)), traitement symptomatique (gel lubrifiant et/ou savon intime pH neutre). Pour le cas où des traitements pour plusieurs pathologies différentes étaient associés, la catégorie « plusieurs pathologies traitées » a été créée.

2. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec l'expertise du Dr Pascale Fabbro, chef de service du laboratoire de Biostatistique, Epidémiologie clinique, Santé Publique Innovation et Méthodologie (BESPIM) du CHU de Nîmes.
Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée. Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne avec leur écart type (moyenne, SD). Les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage (nombre, %).
Dans un deuxième temps, des analyses univariées et multivariées ont été réalisées concernant les trois variables suivantes : évocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, et évocation du diagnostic de LSA devant un examen clinique typique. Les prévalences de ces trois variables ont été estimées avec leur intervalle de confiance à 95%.

Les liens entre les caractéristiques des médecins (âge, sexe, formation en gynécologie, habitude de pratique en gynécologie, lieu d'exercice, type d'exercice, milieu d'exercice) et les trois variables à expliquer (évocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, et évocation du diagnostic de LSA devant un examen clinique typique) ont été estimés en analyse univariée par : le test de Student pour les variables quantitatives (âge), le test du Chi2, ou le test exact de Fisher lorsque les conditions d'application du test du Chi2 n'étaient pas réunies, pour les variables qualitatives. Pour les variables qualitatives, les risques relatifs (RR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) ont été fournis.

Pour chacune des trois variables à expliquer (évocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, et évocation du diagnostic de LSA devant un examen clinique typique), un modèle logistique multivarié a testé les liens avec les variables significatives en univarié, pour tenir compte des facteurs de confusion potentiels. La stratégie pas à pas descendante a été utilisée. Les RR ajustés ont été fournis avec leur intervalle de confiance à 95%. Le risque alpha a été pris à 5% bilatéral.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel et l'analyse univariée avec le site internet BiostatTGV. Le logiciel SAS (entreprise guide, version 9.4) a été utilisé pour les analyses statistiques multivariées.

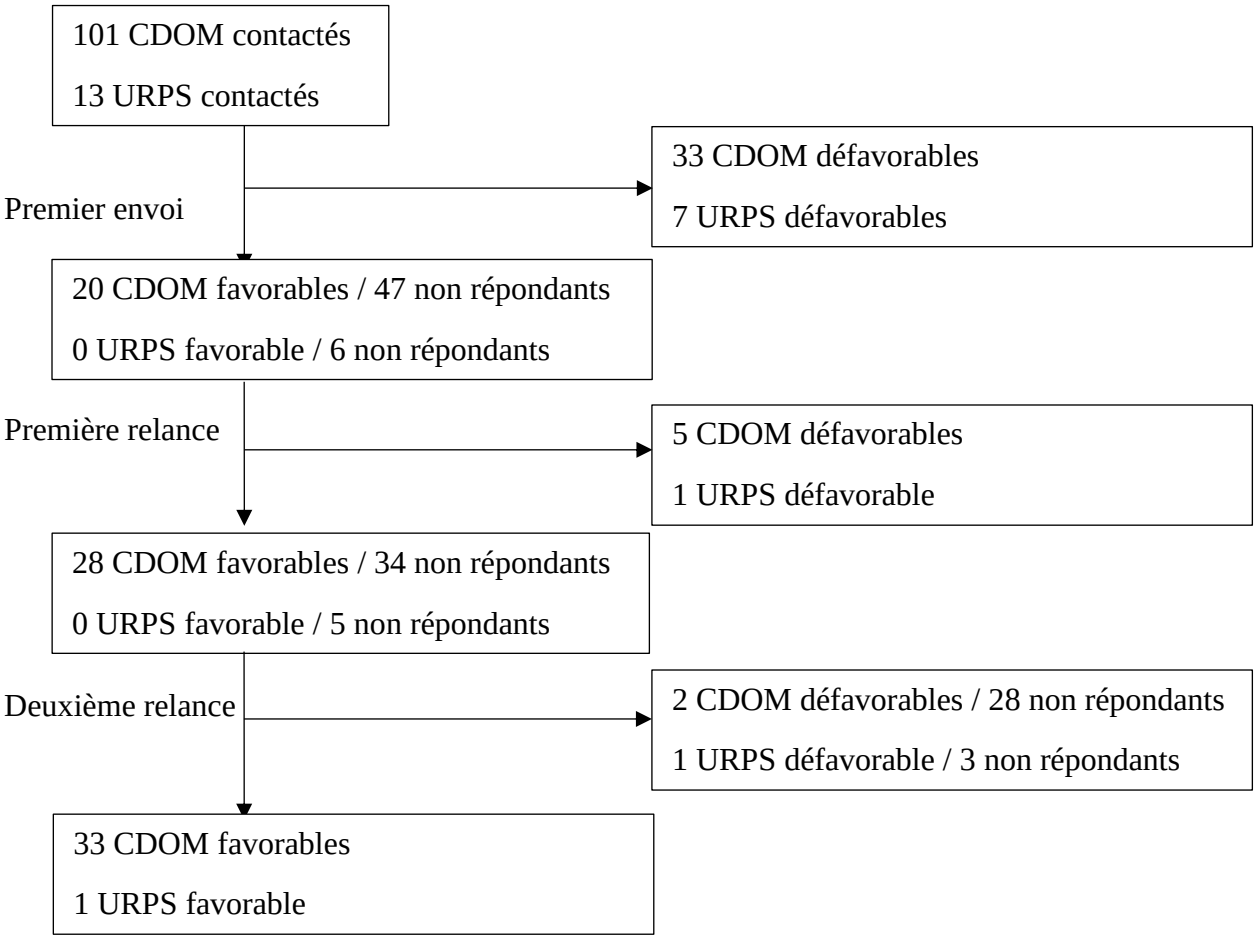
Résultats

I. Recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé du 17 septembre 2020 au 31 décembre 2020. Le premier mail aux CDOM et URPS a été envoyé le 17 septembre, et deux relances auprès des CDOM et des URPS non répondants ont été effectuées le 31 octobre 2020 et le 26 novembre 2020. Il a été demandé le 26 novembre 2020 auprès des CDOM ayant déjà accepté de diffuser le questionnaire par mails d'effectuer une nouvelle relance.

Au total, 33 CDOM et 1 URPS étaient favorables à la diffusion du questionnaire, 40 CDOM et 9 URPS étaient défavorables. 28 CDOM et 3 URPS n'ont pas répondu. (Figure 1)

<u>Figure 1 :</u> Diagramme de flux des réponses des CDOM et URPS



Parmi les CDOM favorables, 18 ont envoyé le questionnaire par mail via une *mailing list*, dont 2 ont accepté d'effectuer une seconde relance, 12 CDOM l'ont ajouté sur leur site internet, 3 CDOM l'ont ajouté dans leur newsletter. L'URPS favorable a diffusé le questionnaire dans sa newsletter.
Les CDOM et URPS qui étaient défavorables ont avancé plusieurs raisons : ils n'étaient pas habilités à diffuser ce genre de mails, ils privilégiaient les étudiants de leur région et département, la diffusion de questionnaires n'était pas dans leur fonction, ou il existait selon eux un problème de confidentialité quant à l'utilisation de *Google Form*.
Dans l'annexe 3 sont détaillés les CDOM et URPS répondants et non répondants.
Le nombre de réponses au questionnaire a été de 469, elles étaient toutes analysables.

II. Caractéristiques de la population étudiée

Dans la population de médecins généralistes étudiée, le sex-ratio (H/F) était de 0.50, l'âge variait entre 28 et 80 ans. Le groupe des médecins femmes était en moyenne plus jeune que celui des hommes, de manière statistiquement significative (p-value = 0.001).

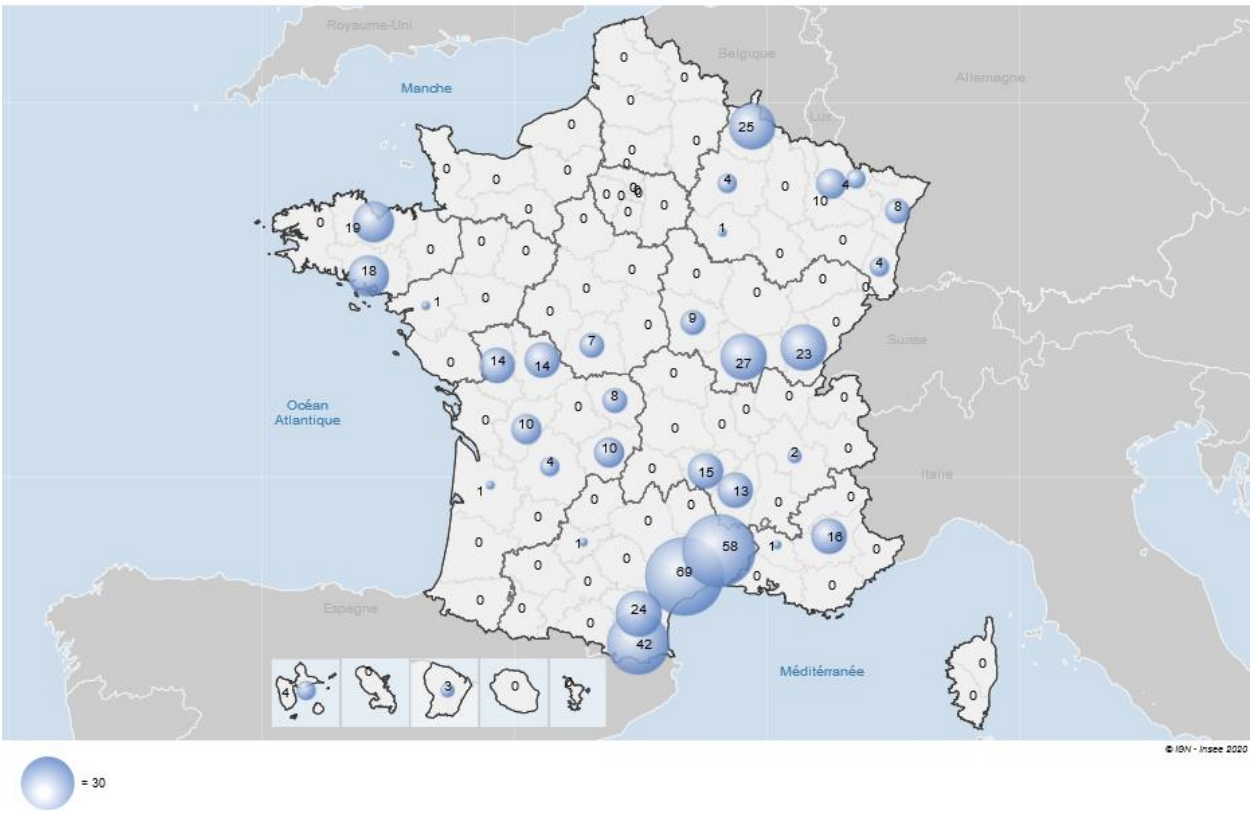
Toutes les caractéristiques des praticiens sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes (n=469)		
Age (années)		
Moyenne (SD)	45.49	(12.24)
Médiane (P25-P75)	43	(34-56)
Moyenne chez les femmes (SD)	44.10	(11.12)
Moyenne chez les hommes (SD)	48.27	(13.85)
Sexe, n (%)		
Homme	156	(33.3%)
Femme	313	(66.7%)
Type d'exercice, n (%)		
Libéral	416	(89%)
Salarié	17	(4%)
Mixte	36	(8%)
Lieu d'exercice, n (%)		

Rural	123	(26%)
Semi-rural	212	(45%)
Urbain	134	(29%)
Mode d'exercice, n (%)		
Seul	101	(22%)
Cabinet de groupe	368	(78%)
Année de début d'exercice		
Moyenne (SD)	2004	(12.40)
Médiane (P25-P75)	2008	(1994-2015)
Formation gynécologique complémentaire, n (%)		
Oui	107	(23%)
Non	362	(77%)
DU Gynécologique, n (%)		
Oui	37	(8%)
Non	432	(92%)
Pratique gynécologie en consultation, n (%)		
Exclusivement	0	(0%)
Régulièrement	257	(55%)
Occasionnellement	177	(38%)
Jamais	35	(7%)

La population étudiée a été recrutée en France métropolitaine et outre-mer, avec une majorité dans l'Hérault, le Gard et les Pyrénées-Orientales (Figure 2).

<u>Figure 2 :</u> Répartition des 469 médecins généralistes répondants en France, selon leur département d'exercice



Nombre de médecins répondants par départements (n)

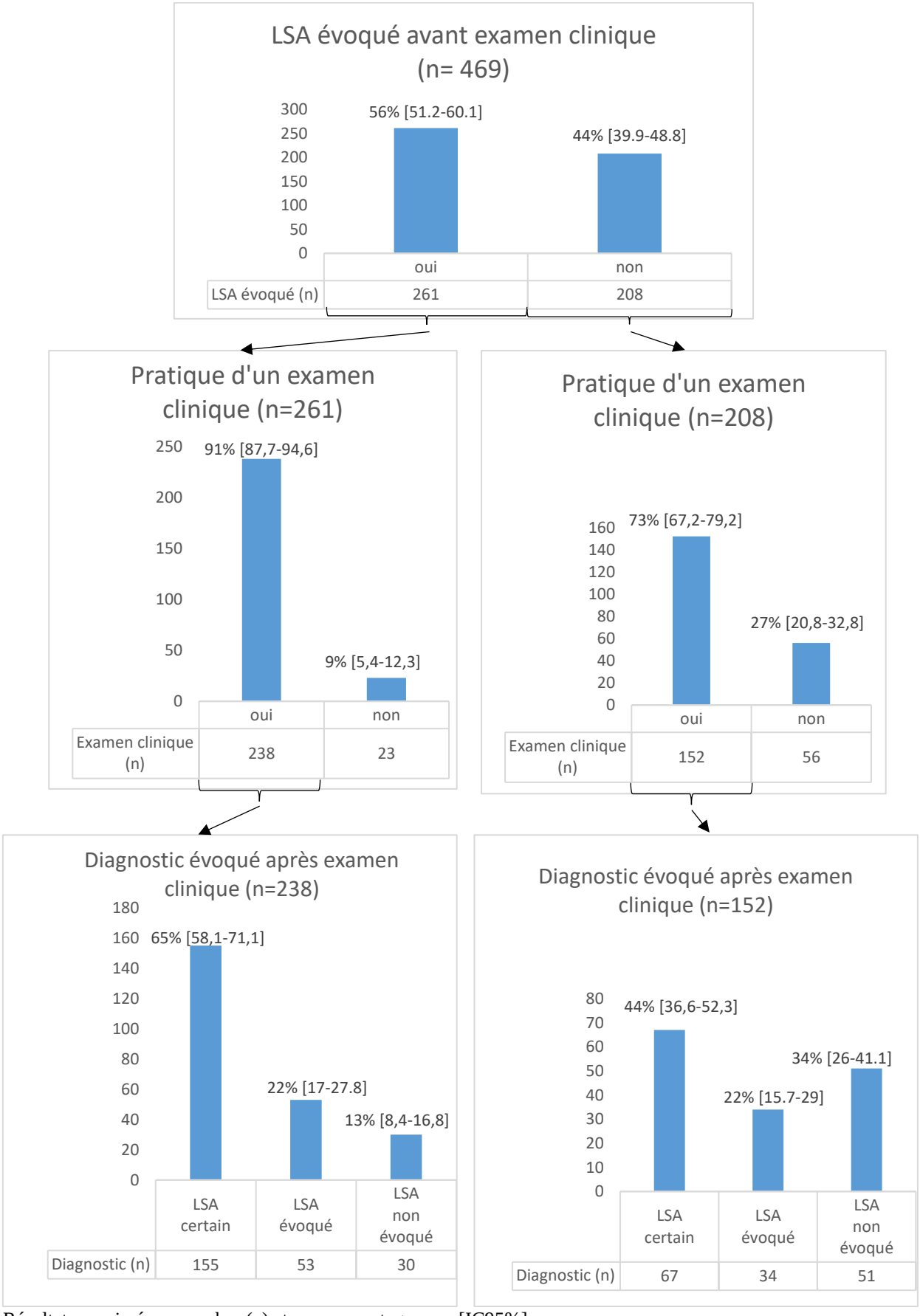
III. Analyse descriptive

1. Analyse globale

Devant une patiente ménopausée, parmi les 469 médecins interrogés, 179 (38%, IC95% [33.8-42.6]) demandaient spontanément si elle présentait des symptômes vulvaires, alors que 290 (62%, IC 95% [57.4-66.2]) ne le demandaient pas.

Devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, un peu plus de la moitié des médecins interrogés évoquait le LSA. Le détail est dans la Figure 3.

<u>Figure 3 :</u> Prise en charge par les médecins généralistes d'une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire dans un contexte de LSA (n=469)



Résultats exprimés en nombre (n) et en pourcentage avec [IC95%]

LSA certain : seulement LSA coché

LSA évoqué : LSA coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

LSA non évoqué : LSA non coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

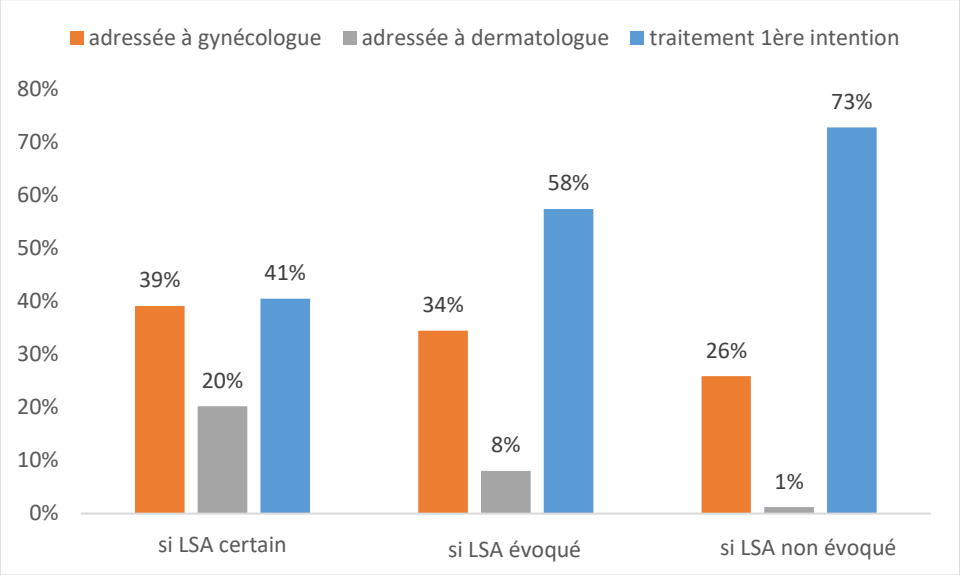
Au total, parmi les 469 médecins, 390 (83%, IC95% [79.8-86.5]) réalisaient un examen clinique si une femme ménopausée présentait une symptomatologie vulvaire, contre 79 (17%, IC95% [13.5-20.2]) qui n'en réalisaient pas. Après l'examen clinique, 309 (79%, IC95% [75.2-83.3]) médecins posaient le diagnostic de LSA de manière certaine ou l'évoquaient parmi d'autres diagnostics.

2. Prise en charge par les médecins généralistes ayant réalisé un examen clinique chez une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

Parmi les 390 médecins qui réalisaient un examen clinique, 3 groupes ressortaient : 222 (57%, IC95% [52-61.8]) médecins posaient le diagnostic de LSA de manière certaine, 87 (22%, IC95% [17.7-25.9]) l'évoquaient parmi d'autres diagnostics et 81 (21%, IC95% [17.2-25.3]) ne l'évoquaient pas. Il est à noter qu'aucun médecin n'a réalisé de biopsie après l'examen clinique.

Les médecins avaient une prise en charge différente selon leur diagnostic (Figure 4).

<u>Figure 4 :</u> Comparaison des prises en charge par les médecins généralistes d'une patiente ménopausée ayant une symptomatologie vulvaire dans un contexte de LSA, après examen clinique, en fonction du diagnostic évoqué (n=390)



<u>LSA certain (n=222)</u> : seulement LSA coché

39% (IC95% [32.8-45.6]), n=87 | 20% (IC95% [15-25.6]), n=45 | 41% (IC95% [34.1-47]), n=90

<u>LSA évoqué (n=87)</u>: LSA coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

34% (IC95% [24.5-44.5]), n=30 | 8% (IC95% [2.3-13.8]), n=7 | 58% IC95% [47.1-67.9], n=50

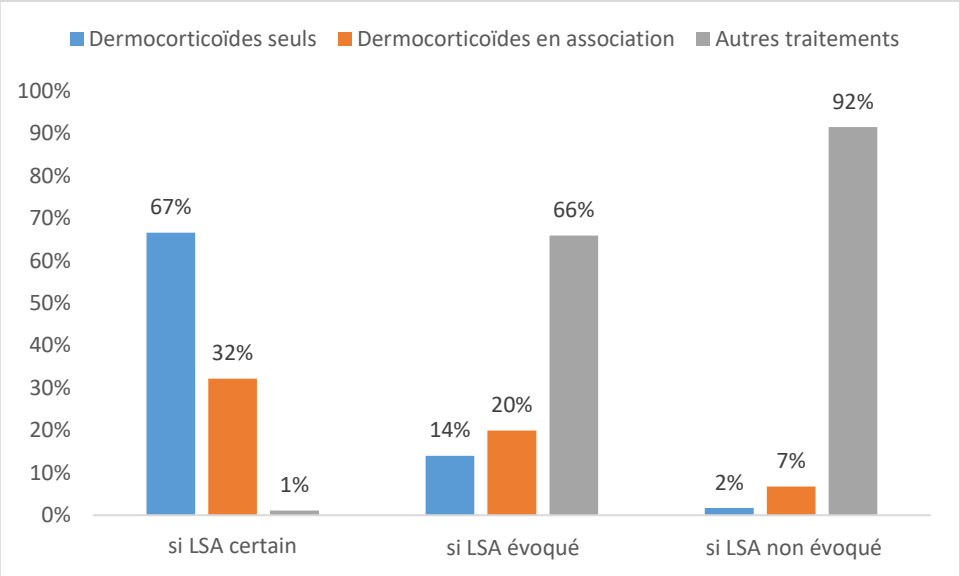
<u>LSA non évoqué (n=81)</u> : LSA non coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

26% (IC95% [16.4-35.5]), n=21 | 1% (IC95% [-1.2 – 3.6]), n=1 | 73% (IC95% [63.2-82.5]), n=59

a. *Traitements instaurés en première intention par les médecins généralistes ayant réalisé un examen clinique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire*

Parmi les 390 médecins qui réalisaient un examen clinique, 199 (51%, IC95% [46.1-56]) introduisaient un traitement en première intention, de façon différente en fonction des diagnostics évoqués (Figure 5).

<u>Figure 5 :</u> Comparaison du traitement de première intention instauré par les médecins généralistes chez une patiente ménopausée ayant une symptomatologie vulvaire dans un contexte de LSA, après examen clinique, en fonction du diagnostic évoqué (n=199)



Dermocorticoïdes seuls : dermocorticoïdes, associés plus ou moins à un traitement symptomatique (savon intime pH neutre et/ou gel lubrifiant)

Dermocorticoïdes en association : dermocorticoïdes associés à des œstrogènes locaux, et/ou à des antifongiques, et/ou à de l'acide hyaluronique local, associés plus ou moins à un traitement symptomatique (savon intime pH neutre et/ou gel lubrifiant)

Autres traitements : œstrogènes locaux, et/ou antifongiques, et/ou acide hyaluronique local, et/ou savon intime pH neutre, et/ou gel lubrifiant

<u>LSA certain (n=90)</u> : seulement LSA coché

67% (IC95% [56.9-76.4]), n=60 | 32% (IC95% [22.6-41.9]), n=29 | 1% (IC95% [-1.1 – 3.3]), n=1

<u>LSA évoqué (n=50)</u> : LSA coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

14% (IC95% [4.4-23.6]), n=7 | 20% (IC95% [8.9-31.1]), n=10 | 66% (IC95% [52.9-7.1]), n=33

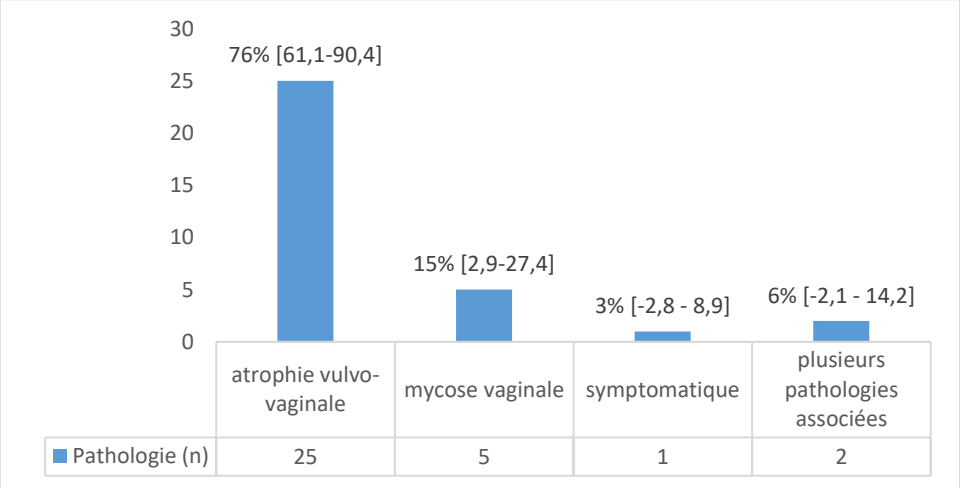
<u>LSA non évoqué (n=59)</u> : LSA non coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

2% (IC95% [-1.6 – 5]), n=1 | 7% (IC95% [0.4-13.2]), n=4 | 92% (IC95% [84.4-98.6]), n=54

Parmi les 90 médecins ayant diagnostiqué de manière certaine le LSA, concernant la durée de prescription des dermocorticoïdes seuls (n=60), 29 médecins (48%, IC95% [35.7-61]) les prescrivaient pour une durée inférieure à 3 mois, 31 (52%, IC95% [39-64.3]) les prescrivaient pour une durée de 3 mois ou plus. Concernant les médecins ayant instauré des dermocorticoïdes en association, ils prescrivaient tous, en plus des dermocorticoïdes, des œstrogènes locaux et/ou de l'acide hyaluronique local. Le médecin ayant instauré un traitement autre que des dermocorticoïdes prescrivait des œstrogènes locaux.

Parmi les 50 médecins ayant évoqué le LSA parmi d'autres diagnostics, concernant la durée de prescription des dermocorticoïdes seuls (n=7), 6 médecins (86%, IC95% [59.8-111.6]) les prescrivaient pour une durée inférieure à 3 mois, 1 (14%, IC95% [-11.6 – 40.2]) les prescrivait pour une durée de 3 mois ou plus. Concernant les 10 médecins ayant prescrit des dermocorticoïdes en association, 2 (20%, IC95% [-4.8 – 44.8]) prescrivaient, en plus des dermocorticoïdes, des antifongiques et 8 (80%, IC95% [55.2-104.8]) des œstrogènes locaux et/ou de l'acide hyaluronique local, associés plus ou moins à un traitement symptomatique (gel lubrifiant et/ou savon pH neutre). Concernant les 33 médecins qui prescrivaient un autre traitement que les dermocorticoïdes, la majorité instaurait un traitement contre l'atrophie vulvo-vaginale (25 soit 76%, IC95% [61.1-90.4]) (Figure 6).

Figure 6 : Détails des pathologies traitées par les médecins généralistes quand ils évoquaient le diagnostic de LSA parmi d'autres diagnostics et prescrivaient un traitement autre que des dermocorticoïdes (n=33)



Résultats exprimés en nombre (n) et en pourcentage avec [IC95%]

Atrophie vulvo-vaginale : traitement par œstrogènes locaux et/ou acide hyaluronique local

Mycose vaginale : traitement par antifongiques

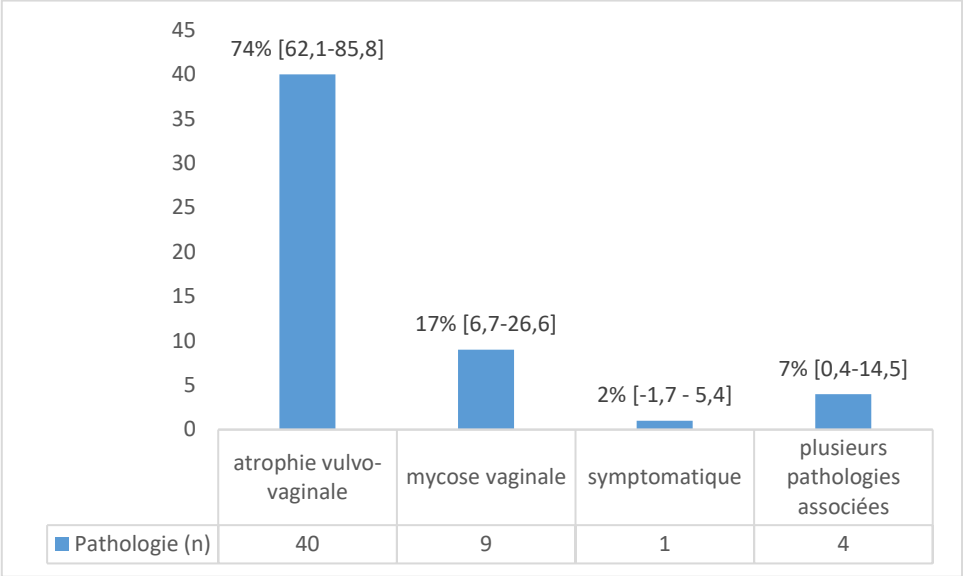
Symptomatique : traitement par gel lubrifiant et/ou savon pH neutre

Plusieurs pathologies associées : traitement par œstrogènes locaux et antifongiques dans les 2 cas, associé à gel lubrifiant et savon intime pH neutre pour un des 2 cas

Parmi les 59 médecins n'ayant pas évoqué le diagnostic du LSA, concernant les 4 médecins ayant prescrit des dermocorticoïdes en association, 1 (25%, IC95% [-17.4 – 67.4]) prescrivait, en plus des dermocorticoïdes, des antifongiques, et 3 (75%, IC95% [32.6-117.4]) prescrivaient des œstrogènes locaux, associé plus ou moins à un traitement symptomatique (gel lubrifiant et/ou savon pH neutre). Concernant les 54 médecins qui prescrivaient un autre traitement que les

dermocorticoïdes, la majorité instaurait un traitement contre l'atrophie vulvo-vaginale (40 soit 74%, IC95% [62.14-85.8]) (Figure 7).

<u>Figure 7 :</u> Détails des pathologies traitées par les médecins généralistes quand ils n'évoquaient pas le diagnostic de LSA et qu'ils prescrivaient un traitement autre que des dermocorticoïdes (n=54)



Résultats exprimés en nombre (n) et en pourcentage avec [IC95%]

<u>Atrophie vulvo-vaginale</u> : traitement par œstrogènes locaux et/ou acide hyaluronique local

<u>Mycose vaginale</u> : traitement par antifongiques

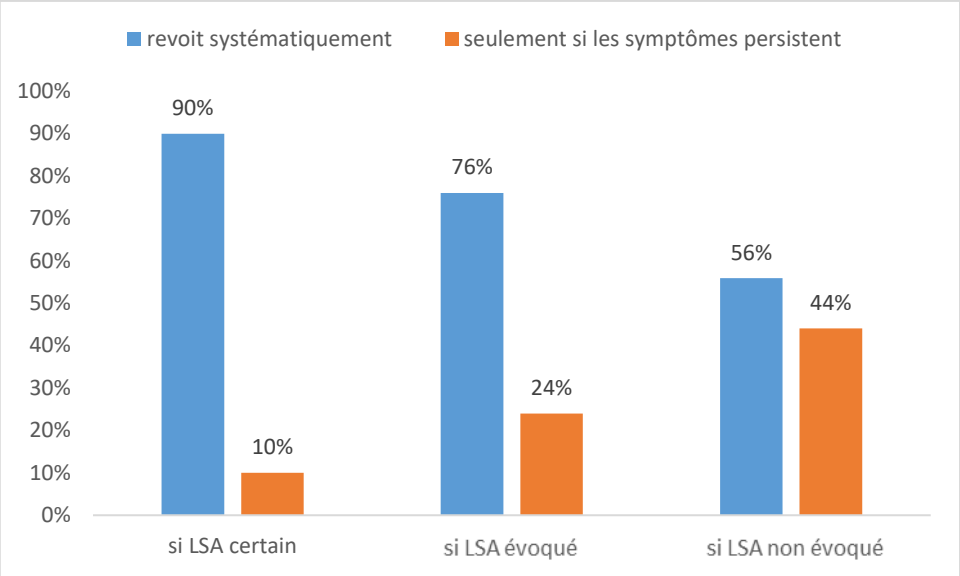
<u>Symptomatique</u> : traitement par gel lubrifiant et/ou savon pH neutre

<u>Plusieurs pathologies associées</u> : -œstrogènes locaux, antifongiques, savon pH neutre
-acide hyaluronique local, antifongiques, savon pH neutre
-œstrogènes locaux, antifongiques, gel lubrifiant, savon pH neutre
-acide hyaluronique local, antifongiques, gel lubrifiant, savon pH neutre

b. Suivi par les médecins généralistes ayant instauré un traitement en première intention après avoir réalisé un examen clinique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

Le suivi des patientes n'était pas le même en fonction des diagnostics évoqués (Figure 8).

<u>Figure 8 :</u> Comparaison des suivis par les médecins généralistes chez une patiente ménopausée ayant une plainte vulvaire dans un contexte de LSA, après instauration d'un traitement de première intention, en fonction du diagnostic évoqué après examen clinique (n=199)



<u>LSA certain (n=90)</u> : seulement LSA coché

90% (IC95% [83.6-96.2]), n=81 | 10% (IC95% [3.8-16.2]), n=9

<u>LSA évoqué (n=50)</u> : LSA coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

76% (IC95% [64.2-87.8]), n=38 | 24% (IC95% [12.2-35.8]), n=12

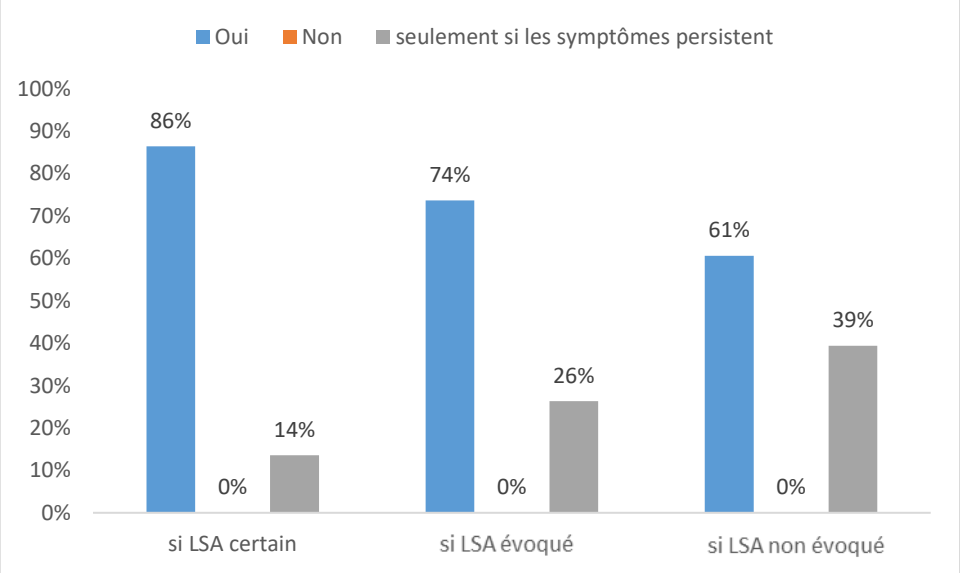
<u>LSA non évoqué (n=59)</u> : LSA non coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

56% (IC95% [43.3-68.6]), n=33 | 44% (IC95% [31.4-56.7]), n=26

Concernant le délai de suivi, 78 médecins (87%, IC95% [79.6-93.7]) dans le groupe *LSA certain* (n=90), 37 médecins (74%, IC95% [61.8-86.2]) dans le groupe *LSA évoqué* (n=50), et 32 médecins (54%, IC95% [41.5-66.9]) dans le groupe *LSA non évoqué* (n=59) revoyaient systématiquement la patiente dans les 3 mois.

Parmi les 152 médecins qui revoyaient la patiente de manière systématique, le fait de réaliser un nouvel examen clinique différait en fonction des diagnostics évoqués (Figure 9).

<u>Figure 9 :</u> Comparaison de la réalisation d'un nouvel examen clinique par les médecins généralistes ayant instauré un traitement de première intention, après examen clinique chez une patiente ménopausée ayant une plainte vulvaire dans un contexte de LSA, lors de la consultation systématique de suivi, en fonction du diagnostic évoqué (n=152)



<u>LSA certain (n=81)</u> : seulement LSA coché

86% (IC95% [78.7-93.8]), n=70 | 14% (IC95% [6.2-21.3]), n=11

<u>LSA évoqué (n=38)</u> : LSA coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

74% (IC95% [60.7-88.1]), n=28 | 26% (IC95% [11.9-39.3]), n=10

<u>LSA non évoqué (n=33)</u> : LSA non coché parmi d'autres pathologies (atrophie vulvo-vaginale, HSV, psoriasis, mycose, eczéma, maladie de Paget)

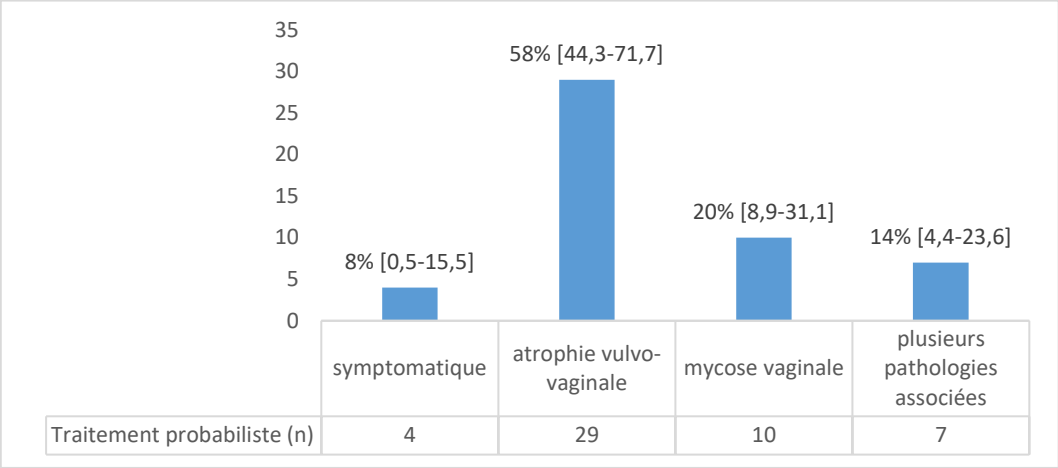
61% (IC95% [43.9-77.3]), n=20 | 39% (IC95% [22.7-56.1]), n=13

3. Prise en charge par les médecins généralistes n'ayant pas réalisé d'examen clinique chez une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

Parmi les 79 médecins qui ne réalisaient pas d'examen clinique chez une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, 50 (63%, IC95% [52.7-73.9]) proposaient un traitement probabiliste en première intention, 28 (35%, IC95% [24.9-46]) adressaient la patiente à un confrère gynécologue et 1 (1%, IC95% [-1.2 – 3.7] l'adressait à un confrère dermatologue.

La majorité des 50 médecins instaurant un traitement probabiliste en première intention traitaient l'atrophie vulvo-vaginale (29 soit 58%, IC95% [44.3-71.7]) (Figure 10).

<u>Figure 10 :</u> Traitement probabiliste instauré en première intention par les médecins généralistes ne réalisant pas d'examen clinique devant une patiente ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire (n=50)



Résultats exprimés en nombre (n) et en pourcentage avec [IC95%]

<u>Symptomatique :</u> traitement par gel lubrifiant et/ou savon pH neutre

<u>Atrophie vulvo-vaginale :</u> traitement par œstrogènes locaux et/ou acide hyaluronique local

<u>Mycose vaginale :</u> traitement par antifongiques

<u>Plusieurs pathologies associées :</u> - 2 : œstrogènes locaux, antifongiques, gel lubrifiant, savon intime pH neutre
- 2 : œstrogènes locaux, antifongiques
- dermocorticoïdes, antifongiques
- dermocorticoïdes, antifongiques, savon intime pH neutre
- œstrogènes locaux, savon intime pH neutre

Parmi les 50 médecins ayant instauré un traitement probabiliste en première intention (n = 50), 13 (26%, IC95% [13.8-38.2]) revoyaient systématiquement la patiente.

Si la patiente revenait non soulagée par le traitement proposé, 32 médecins (64%, IC95% [50.7-77.3]) examinaient la patiente dans un second temps, 15 (30%, IC95% [17.3-42.7]) l'adressaient à un confrère gynécologue, et 3 (6%, IC95% [-0.6 – 12.6]) proposaient un traitement de 2ème intention.

IV. Ajustement aux facteurs de confusion

1. Evocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

L'analyse univariée retrouvait une différence statistiquement significative concernant l'évocation du diagnostic de LSA devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, pour les variables suivantes : le sexe, la formation en gynécologie, l'habitude de la pratique en gynécologie et le type d'exercice.

Après ajustement sur ces variables, seule l'habitude de la pratique de la gynécologie était significativement associée à l'évocation du LSA devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire (p-value <0.001) (Tableau 2).

Tableau 2 : Analyse comparative des facteurs influençant l'évocation d'un LSA par les médecins généralistes devant une femme ménopausée ayant une plainte vulvaire (n=469)

Caractéristiques	**LSA évoqué (n=261)**	**LSA non évoqué (n=208)**	**Analyse univariée**		**Analyse multivariée**	
Variable quantitative	***Moyenne(SD)***		***p-value***		***p-value***	
Age moyen (année)	45.27(12.21)	45.76(12.29)	0.663		NA	
Variables qualitatives	***N(%)***		***RR(IC95%)***	***p-value***	***RR*(IC95%)***	***p-value***
Sexe						
Homme (n=156)	75(48.08%)	81(51.92%)	1(référence)	0.020	NS	NS
Femme (n=313)	186(59.42%)	127(40.58%)	1.24(1.03-1.49)			
Formation gynécologique				0.036	NS	NS
Non (n=362)	192(53.04%)	170(46.96%)	1(référence)			
Oui (n=107)	69(64.49%)	38(35.51%)	1.22(1.02-1.44)			
Pratique gynécologique						
Jamais (n=35)	11(31.43%)	24(68.57%)	1(référence)	<0.001	1(référence)	<0.001

Occasionnellement (n=177)	88(49.72%)	89(50.28%)	1.58(0.95-2.64)		2.16(1.00-4.67)	
Régulièrement (n=257)	162(63.04%)	95(36.96%)	2.00(1.22-3.30)		3.72(1.75-7.93)	
Lieu d'exercice						
Semi-rural (n=212)	117(55.19%)	95(44.81%)	1(référence)	0.948	NA	NA
Rural (n=123)	70(56.91%)	53(43.09%)	1.03(0.85-1.25)			
Urbain (n=134)	74(55.22%)	60(44.78%)	1.001(0.82-1.22)			
Milieu d'exercice						
Seul (n=101)	51(50.50%)	50(49.50%)	1(référence)	0.239	NA	NA
En groupe (n=368)	210(57.07%)	158(42.93%)	1.13(0.91-1.40)			
Type d'exercice						
Salarié (n=17)	4(23.53%)	13(76.47%)	1(référence)	0.025	NS	NS
Libéral (n=416)	236(56.73%)	180(43.27%)	2.41(1.02-5.70)			
Mixte (n=36)	21(58.33%)	15(41.67%)	2.48(1.01-6.10)			

** ajustement sur le sexe, la pratique de la gynécologie (jamais, occasionnellement, régulièrement), la formation à la gynécologie (oui, non), le type d'exercice (libéral, salarié, mixte) | NA : non applicable - NS : non significatif*

2. Pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

L'analyse univariée retrouvait une différence statistiquement significative concernant la pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, pour les variables suivantes : le sexe, la formation en gynécologie et l'habitude de la pratique en gynécologie.

Après ajustement sur ces variables, seuls l'habitude de la pratique de la gynécologie et le sexe étaient significativement associés à la pratique d'un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire (respectivement p-value<0.001 et p-value=0.02) (Tableau 3).

Tableau 3 : Analyse comparative des facteurs influençant la réalisation d'un examen clinique par les médecins généralistes devant une femme ménopausée ayant une plainte vulvaire (n=469)

Caractéristiques	**Examen clinique réalisé (n=390)**	**Examen clinique non réalisé (n=79)**	**Analyse Univariée**		**Analyse Multivariée**	
Variable quantitative	***Moyenne(SD)***		***p-value***		***p-value***	
Age moyen (année)	45.68(12.50)	44.54(10.89)	0.45		NA	
Variables qualitatives	***N(%)***		***RR(IC 95%)***	***p-value***	***RR*(IC95%)***	***p-value***
Sexe						
Homme (n=156)	109(69.87%)	47(30.13%)	1(référence)	<0.001	1(référence)	0.020
Femme (n=313)	281(89.78%)	32(10.22%)	1.28(1.15-1.43)		2.02(1.12-3.67)	
Formation gynécologique				0.039	NS	NS
Non (n=362)	294(81.22%)	68(18.78%)	1(référence)			
Oui (n=107)	96(89.72%)	11(10.28%)	1.11(1.02-1.20)			
Pratique gynécologique						
Jamais (n=35)	10(28.57%)	25(71.43%)	1(référence)		1(référence)	
Occasionnellement (n=177)	142(80.23%)	35(19.77%)	2.81(1.65-4.77)	<0.001	9.52(4.15-21.84)	<0.001
Régulièrement (n=257)	238(92.61%)	19(7.39%)	3.24(1.92-5.48)		21.9(8.76-54.65)	
Lieu d'exercice						
Semi-rural (n=212)	175(82.55%)	37(17.45%)	1(référence)	0.373	NA	NA
Rural (n=123)	107(86.99%)	16(13.01%)	1.05(0.96-1.16)			
Urbain (n=134)	108(80.60%)	26(19.40%)	0.98(0.88-1.08)			
Milieu d'exercice						
Seul (n=101)	79(78.22%)	22(21.78%)	1(référence)	0.134	NA	NA
En groupe (n=368)	311(84.51%)	57(15.49%)	1.08(0.97-1.21)			
Type d'exercice						
Salarié (n=17)	12(70.59%)	5(29.41%)	1(référence)	0.150	NA	NA
Libéral (n=416)	345(82.93%)	71(17.07%)	1.17(0.86-1.60)			
Mixte (n=36)	33(91.67%)	3(8.33%)	1.30(0.94-1.80)			

** ajustement sur le sexe, la pratique de la gynécologie (jamais, occasionnellement, régulièrement), la formation à la gynécologie (oui, non) | NA : non applicable - NS : non significatif*

3. Evocation du diagnostic de LSA après un examen clinique typique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire

L'analyse univariée retrouvait une différence statistiquement significative concernant l'évocation du diagnostic de LSA après un examen clinique typique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, pour les variables suivantes : le sexe, l'habitude de la pratique en gynécologie, le milieu d'exercice et l'âge des médecins.

Après ajustement sur ces variables, seuls l'habitude de la pratique de la gynécologie et le milieu d'exercice étaient significativement associés à l'évocation du diagnostic de LSA après un examen clinique typique chez une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire (p-values = 0.002) (Tableau 4). Il existait une tendance à la significativité pour le sexe (p-value = 0.05).

Tableau 4 : Analyse comparative des facteurs modifiant le diagnostic de LSA par les médecins généralistes après la réalisation d'un examen clinique typique de LSA vulvaire (n=390)

Caractéristiques	**LSA évoqué ou certain (n=309)**	**LSA non évoqué (n=81)**	**Analyse Univariée**		**Analyse Multivariée**	
Variable quantitative	***Moyenne(SD)***		***p-value***		***p-value***	
Age moyen (année)	45.01(12.09)	48.23(13.72)	0.039		NS	
Variables qualitatives	***N(%)***		***RR(IC95%)***	***p-value***	***RR*(IC95%)***	***p-value***
Sexe						
Homme (n=109)	72(66.06%)	37(33.94%)	1(référence)	<0.001	1(référence)	0.05
Femme (n=281)	237(84.34%)	44(15.66%)	1.28(1.11-1.47)		1.77(0.99-3.14)	
Formation gynécologique				0.085	NA	NA
Non (n=294)	227(77.21%)	67(22.79%)	1(référence)			
Oui (n=96)	82(85.42%)	14(14.58%)	1.11(0.99-1.23)			
Pratique gynécologique						
Jamais/Occasionnellement (n=152)**	101(66.45%)	51(33.55%)	1(référence)	<0.001	1(référence)	0.002

Régulièrement (n=238)	208(87.39%)	30(12.61%)	1.32(1.16-1.49)		2.46(1.39-4.34)	
Lieu d'exercice						
Semi-rural (n=175)	139(79.43%)	36(20.57%)	1(référence)	0.976	NA	NA
Rural (n=107)	84(78.50%)	23(21.50%)	0.99(0.87-1.12)			
Urbain (n=108)	86(79.63%)	22(20.37%)	1.00(0.89-1.13)			
Milieu d'exercice						
Seul (n=79)	49(62.03%)	30(37.97%)	1(référence)	<0.001	1(référence)	0.002
En groupe (n=311)	260(83.60%)	51(16.40%)	1.35(1.13-1.61)		2.52(1.42-4.44)	
Type d'exercice						
Salarié (n=12)	10(83.33%)	2(16.67%)	1(référence)	0.830	NA	NA
Libéral (n=345)	274(79.42%)	71(20.58%)	0.95(0.74-1.23)			
Mixte (n=33)	25(75.76%)	8(24.24%)	0.91(0.66-1.25)			

** ajustement sur l'âge, le sexe, la pratique de la gynécologie (jamais/occasionnellement, régulièrement) et le milieu d'exercice (seul, en groupe) | NA : non applicable - NS : non significatif*

*** Les sous-groupes « Jamais » et « Occasionnellement » ont été associés car les effectifs du sous-groupe « Jamais » étaient inférieurs à 5 et ne permettaient pas l'analyse du Chi-2.*

Discussion

I. Résultats principaux

Cette étude a montré que, devant une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, parmi les médecins généralistes de notre étude, 55% évoquaient le LSA, et 83% réalisaient un examen clinique gynécologique qu'ils aient évoqué ou non le LSA. Lorsqu'un examen clinique était réalisé par les médecins, 57% posaient le diagnostic certain de LSA à partir de la photographie présentée et 22% des médecins l'évoquaient.
Parmi les médecins qui posaient de manière certaine le diagnostic de LSA, 59% adressaient la patiente à un spécialiste (avec une préférence pour les gynécologues par rapport aux dermatologues) et 41% mettaient en place un traitement par dermocorticoïdes (seul ou en association avec un autre traitement).
Concernant les médecins qui évoquaient le diagnostic de LSA parmi d'autres diagnostics ou qui n'évoquaient pas le diagnostic de LSA, plus de la moitié prescrivait un traitement de première intention (respectivement 57% et 73%) : un traitement autre que des dermocorticoïdes pour la majorité (respectivement 66% et 92%), principalement celui de l'atrophie vulvo-vaginale (76% pour le groupe *LSA évoqué* et 74% pour le groupe *LSA non évoqué*).
Parmi les 79 médecins qui ne réalisaient pas d'examen clinique, 63% proposaient un traitement probabiliste d'emblée (58% traitaient l'atrophie vulvo-vaginale).

II. Forces et limites

1. Limites

La participation à cette étude sur la base du volontariat a créé un biais de sélection : on peut s'imaginer que ce sont les médecins les plus intéressés par cette discipline qui ont participé. Les prévalences de LSA évoqué ou diagnostiqué et de traitement correct par dermocorticoïdes ont donc été possiblement surestimées. Cela n'enlève en rien l'intérêt de s'interroger sur les résultats.
Aussi, les CDOM et URPS n'ayant pas tous participé, il existait une inégalité de recrutement sur le territoire.

De plus, le nombre de réponses possibles au questionnaire était important, ce qui créait, à la fin du questionnaire, des sous-groupes avec un nombre de médecins réduit. Cela a entrainé des analyses statistiques dans certains sous-groupes moins fiables, l'IC étant moins précis. Pour éviter cet effet et la production de résultats moins pertinents, les analyses se sont concentrées sur les groupes les plus conséquents.

Enfin, même si notre population étudiée semblait représentative de la population générale française concernant l'âge moyen des médecins généralistes (âge moyen de 46 ans dans notre étude et de 50 ans en France en 2020 (21)), elle ne l'était pas parfaitement quant au sexe et au type d'exercice. En effet, dans notre étude, la proportion des médecins femmes semblait surreprésentée (67% de femmes dans notre étude contre 50.4% de femmes parmi les médecins généralistes en France en 2020 (21)). Dans différents travaux, il est décrit que la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes est plus fréquente chez les médecins femmes que chez les médecins hommes (22–25), ce qui pourrait expliquer la surreprésentation des femmes dans notre étude, du fait de leur intérêt pour le sujet. Dans notre étude, la part de médecins libéraux semblait surreprésentée par rapport à celle des salariés (89% de libéraux et 4% de salariés dans notre étude contre 55.9% de libéraux et 37.4% de salariés en France en 2020 (21)), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le suivi des femmes ménopausées concernerait plus souvent l'activité libérale du médecin généraliste.

2. Forces

Cette étude était de grande ampleur car elle couvrait l'ensemble du territoire français (métropole et outre-mer). Le NSN a été dépassé ce qui confirme la puissance de cette recherche : notre objectif était de 385, et nous avons obtenu 469 réponses.

Ce travail s'est appuyé sur une méthodologie de recherche rigoureuse ainsi qu'une analyse accompagnée par une experte reconnue (Dr P.Fabbro), ce qui augmente encore la force et la rigueur scientifique de ce travail. La validité de cette étude a été renforcée par la réalisation d'une analyse multivariée, qui a permis d'éliminer les facteurs de confusion potentiels.

Enfin, cette étude se démarque par son caractère innovant. En effet, le LSA vulvaire chez la femme ménopausée a été évalué dans la littérature surtout par rapport à la clinique et à la thérapeutique, rarement par rapport à la prise en charge par le médecin généraliste. C'est la première étude française à s'intéresser à l'échelle nationale au diagnostic et à la prise en charge initiale du LSA

vulvaire chez la femme ménopausée par les médecins généralistes, ce qui fait de cette recherche une étude originale.

III. Comparaison à la littérature

Nous retrouvons dans la littérature peu d'études sur le sujet de la prise en charge du LSA par les médecins généralistes. Une thèse quantitative a été réalisée par S.Dambricourt en 2017 sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies vulvaires et particulièrement le lichen scléro-atrophique par le médecin généraliste et l'interne en médecine générale de la région PACA (26). Dans cette étude, 95.8% des médecins généralistes examinaient leur patiente devant une symptomatologie vulvaire (contre 83% dans notre étude). Aussi, devant un LSA, 80% des médecins généralistes adressaient la patiente à un spécialiste, pour une aide diagnostique et thérapeutique majoritairement (contre 59% dans notre étude), avec une préférence pour les gynécologues par rapport aux dermatologues (comme dans notre étude). Il est décrit également que, quand les médecins généralistes introduisaient un traitement, 80% prescrivaient des dermocorticoïdes (contre 67% dans notre étude), pour une durée de 3 mois ou plus pour 51% d'entre eux (52% dans notre étude). Les différences retrouvées entre cette étude et la nôtre peuvent être liées au mode de recrutement et aux différences dans le format du questionnaire. Elles pourraient aussi être expliquées par le fait que, comme les médecins de cette étude réalisaient plus souvent un examen clinique devant une femme ménopausée ayant une symptomatologie vulvaire, ils seraient peut-être plus habitués à reconnaitre le LSA et à introduire des dermocorticoïdes.

La prise en charge thérapeutique du LSA par les médecins généralistes de notre étude ayant posé le diagnostic certain de LSA semblait correspondre aux recommandations de la littérature. En effet, soit les médecins généralistes adressaient la patiente à un spécialiste gynécologue ou dermatologue (59%) soit ils instauraient un traitement par dermocorticoïdes, seuls (67%) ou en association (32%). Dans l'*European guideline for the management of vulval conditions 2016* (27), il est décrit qu'une prise en charge optimale du LSA consiste en un diagnostic clinique précoce, et une mise en place d'un traitement par dermocorticoïdes locaux puissants ou ultra-puissants pour une durée de trois mois minimum. Différents schémas d'application sont décrits (application quotidienne pendant 3 mois ou application quotidienne pendant un mois, puis un espacement des applications tous les deux jours le deuxième mois, puis deux à trois fois par semaine le troisième

mois). Il est souligné l'importance d'un suivi régulier au long cours, rapproché initialement (patiente revue dans les trois mois, puis à 6 mois, puis annuellement), aux vues du risque de transformation maligne (27–31). Dans la littérature scientifique internationale, il n'a pas encore été décrit de consensus sur les modalités optimales pour le traitement au long cours, mais il semblerait qu'au-delà de trois mois, un traitement d'entretien soit justifié, 85% des patientes rechutant à l'arrêt du traitement initial (31). Si l'approche avec une application « à la demande » est pratiquée, la patiente étant guidée par la réapparition des symptômes, il semble que l'approche pro-active avec une application hebdomadaire ou bi hebdomadaire pendant une à plusieurs années soit celle préconisée (27,28,32–34). Cette nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement au long cours semble souvent méconnue de la part des patientes et des médecins généralistes, comme décrit dans une étude sur le suivi au long cours des patientes ayant un LSA génital (35). Dans notre étude, dans le groupe de médecins ayant posé le diagnostic certain de LSA, 43% des médecins prescrivaient des dermocorticoïdes pour une durée de moins de 3 mois, mais 87% revoyaient la patiente systématiquement dans les 3 mois.

IV. Défiance vis-à-vis des dermocorticoïdes

Il est à noter que, malgré le diagnostic de LSA posé de manière certaine, la majorité des médecins généralistes de notre étude adressait la patiente à des spécialistes, plutôt que mettre en place un traitement par dermocorticoïdes. Par ailleurs, parmi les médecins qui évoquaient le LSA parmi d'autres diagnostics, la majorité prescrivait un autre traitement que des dermocorticoïdes (œstrogènes locaux et/ou acide hyaluronique pour 76%, et antifongiques pour 15%). Ces faits pourraient s'expliquer par l'existence d'une certaine méfiance des médecins généralistes vis-à-vis des dermocorticoïdes et de leurs effets indésirables. En effet, l'utilisation abusive et inappropriée initiale des dermocorticoïdes dans les années 1950 a conduit à des effets indésirables sévères responsables d'une méfiance et d'une appréhension chez les médecins généralistes qui semblent persister, malgré leur efficacité prouvée dans plusieurs dermatoses (36). Un score pour évaluer la corticophobie chez les patients a été élaboré en 2013 : le TOPICOP score (*TOPIcal COrticosteroids Phobia score*), validé par la suite au niveau international (37,38). Ce score a été ensuite adapté aux professionnels de santé. Il a été utilisé dans une étude récente réalisée en Belgique et une autre étude publiée dans le journal *Pediatric Dermatology* en 2019 sur la corticophobie chez les professionnels de santé. Elles ont toutes deux montré une importante

corticophobie des dermocorticoïdes chez les professionnels de santé, notamment chez les médecins généralistes (39,40).
La peur d'effets indésirables d'une application au long cours de dermocorticoïdes au niveau vulvaire semble infondée. En effet, plusieurs études ont montré que leur tolérance au long cours était excellente et que la muqueuse de la vulve semblait résistante aux effets indésirables des dermocorticoïdes (11,14,28,30,31).

V. Diagnostic différentiel principal : l'atrophie vulvo-vaginale

Dans notre étude, parmi les médecins qui n'évoquaient pas le LSA ou qui l'évoquaient parmi d'autres diagnostics après un examen clinique, il semblait que le diagnostic différentiel principal traité était l'atrophie vulvo-vaginale. Ce constat peut se comprendre, du fait de la prévalence plus élevée de cette pathologie (50%) et des symptômes cliniques pouvant être similaires à ceux du LSA (41,42). Cependant, l'examen clinique vulvaire de ces deux pathologies présente des différences notables. En effet, dans le LSA, contrairement à l'atrophie vulvo-vaginale, il peut exister une modification des reliefs avec un effacement des petites lèvres sur les grandes lèvres, une atrophie ou un encapuchonnement du clitoris, associé plus ou moins à des synéchies vulvaires antérieures, une bride de la fourchette pouvant occasionner des fissures. Il peut y avoir également une modification de la couleur des muqueuses, la peau devenant blanc-nacrée, brillante ; il peut exister parfois des hémorragies sous-cutanées et une pigmentation post inflammatoire (10,15).

Les connaissances des caractéristiques d'un LSA à l'examen clinique sont donc indispensables à son diagnostic, les symptômes étant similaires à d'autres pathologies retrouvées chez la femme ménopausée, notamment l'atrophie vulvo-vaginale.

Les traitements à mettre en place ne sont pas les mêmes. Les œstrogènes locaux sont le traitement de référence pour l'atrophie vulvo-vaginale (application d'œstrogènes locaux tous les jours pendant 2 semaines puis 2 fois par semaine au long cours), parfois associés à l'acide hyaluronique ou en alternative quand les œstrogènes sont contre-indiqués (19,20,43–45).
Dans notre étude, parmi les médecins ayant diagnostiqué de manière certaine le LSA, 32% avaient prescrit des dermocorticoïdes en association avec des œstrogènes locaux et/ou de l'acide hyaluronique local. Nous avons vu que la prise en charge adaptée du LSA consistait en l'application de dermocorticoïdes, mais la prescription d'œstrogènes locaux en l'absence d'atrophie vulvo-vaginale n'est pas recommandée, ni étudiée. Il semblerait qu'il existe une

confusion entre le traitement de ces 2 pathologies. Dans la littérature, il n'y a pas d'effets indésirables décrits concernant l'application d'œstrogènes locaux chez les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale, du fait du faible passage sanguin (43,44). Nous pouvons supposer qu'il en serait de même chez une femme ménopausée sans atrophie. Si l'application de ces deux traitements ne porte pas préjudice à la patiente, la complexité du schéma d'application risque une diminution de l'observance et donc un risque d'arrêt précoce du traitement. Il semble donc important de bien différencier les traitements de ces deux pathologies pour une prise en charge optimale du LSA.

VI. Les freins à la réalisation d'un examen clinique gynécologique

Il est décrit dans la littérature qu'un examen clinique précoce et un diagnostic précoce de LSA sont la clé pour une meilleure prise en charge. Plus le diagnostic est fait tôt, plus les chances de guérison sont bonnes, moins il y a de risques de séquelles (31,46,47). L'examen clinique a donc une place centrale dans le suivi des femmes ménopausées. Parmi les 469 médecins de notre étude, 79 n'examinaient pas la patiente. Parmi ces médecins qui n'examinaient pas la patiente, 63% introduisaient un traitement probabiliste d'emblée et 74% ne revoyaient pas la patiente systématiquement. Les symptômes au niveau génital au moment de la ménopause semblent être un sujet tabou pour les femmes, difficile à aborder (48,49). Les patientes non examinées ou non revues pourraient être perdues de vue si elles n'osent pas ré-aborder d'elles-mêmes le sujet, avec un risque d'aggravation du LSA, pouvant aller jusqu'au cancer.

Dans notre étude, l'analyse multivariée a montré, de manière significative, que plus les médecins avaient l'habitude de pratiquer de la gynécologie en consultation, plus ils réalisaient un examen clinique vulvaire si une femme présentait une plainte vulvaire, avec un effet-dose (29% des médecins ne pratiquant jamais réalisaient un examen clinique, 80% des médecins pratiquant occasionnellement, 93% des médecins pratiquant régulièrement). Quatre travaux réalisés en France en 2013 et 2017 ont recherché les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie obstétrique. Les principaux freins qui en ressortaient étaient le manque de formation, la présence d'autres spécialistes pour réaliser le suivi, l'absence de valorisation de ce type de consultation par rapport au temps investi, le manque d'affinité pour cette spécialité (25,50–52).

Dans notre étude, lorsque le LSA était évoqué devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire, 91% des médecins généralistes réalisaient un examen clinique. Parmi les médecins généralistes qui n'avaient pas évoqué le LSA lors de la plainte vulvaire de leur patiente, 76% réalisaient un examen clinique. Ceci permettait ainsi un rattrapage diagnostic partiel car 66% de ces médecins généralistes évoquaient ou posaient le diagnostic de LSA de manière certaine après l'examen clinique. Ces résultats montrent bien l'importance de l'examen clinique lors d'une plainte vulvaire chez une femme ménopausée, pour optimiser le diagnostic et ne pas méconnaitre un LSA qui nécessiterait une prise en charge spécialisée (46).

Dans notre étude, l'analyse multivariée a également montré que la proportion de femmes à réaliser un examen clinique était supérieure à celle des hommes de manière significative (90% contre 70%). Dans les différents travaux retrouvés dans la littérature française, il est décrit que le fait d'être un homme pourrait être un frein à la réalisation d'un examen clinique gynécologie, du fait d'un inconfort vis-à-vis de la nudité et de l'intimité des femmes (50,52).

VII. Collaboration pluridisciplinaire

Cet inconfort compréhensible chez les médecins généralistes, notamment les hommes, vis-à-vis de la pratique de la gynécologie et de la réalisation d'un examen clinique vulvaire, rend important la présence de confrères (autre médecin généraliste, gynécologue ou dermatologue) qu'il semblerait intéressant de solliciter dans ce cas.

Dans cette étude, devant un diagnostic certain de LSA, 61% des médecins généralistes avaient recours aux gynécologues ou dermatologues.
Il est en effet décrit dans la littérature que la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes (dermatologues ou gynécologues) et la prise en charge pluridisciplinaire du LSA sont essentielles, que ce soit pour la pose du diagnostic, l'initiation du traitement ou pour le suivi de la patiente (16,53,54).
Il était décrit en 2017 que le délai pour avoir un rendez-vous était en moyenne de 64 jours avec un dermatologue et de 68 jours avec un gynécologue (6). Les délais de rendez-vous étant plus longs avec les gynécologues et dermatologues, la collaboration avec les médecins généralistes est d'autant plus importante pour ne pas faire perdre de temps à la patiente et la soulager.

L’existence des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) et CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) favorise cette collaboration. Ces structures se développent de plus en plus ces dernières années, en France comme à l’international (55,56).

Dans notre étude, d’après l’analyse multivariée, le fait de travailler en cabinet de groupe permettait d’évoquer plus facilement le LSA devant un examen clinique typique, de manière significative (62% de diagnostics de LSA certains ou évoqués pour les médecins exerçant seuls contre 82% pour les médecins exerçant en groupe). On pourrait penser qu’ils ont pu bénéficier de plus d’échanges interdisciplinaires au cours de leur pratique en cabinet de groupe et donc d’un partage de connaissances. Dans une thèse qualitative réalisée en 2016 par D.Cottenceau sur les apports et inconvénients à l’installation des médecins généralistes au sein des MSP en Languedoc-Roussillon, il est décrit que « la communication, plus facile et plus rapide, le partage de l’information et du savoir, la mise en place de protocoles de soins pluridisciplinaires et de réseaux, ont favorisé l’amélioration de la prise en charge des patients au sein des MSP » (56).

On remarque dans notre étude (comme dans celle de S.Dambricourt (26)) que les gynécologues sont plus souvent sollicités que les dermatologues, alors que ces derniers ont une place essentielle dans le suivi des dermatoses vulvaires et que leur expertise est tout aussi importante (54,57).

Nous pouvons nous interroger également sur la place des sages-femmes dans le suivi des femmes ménopausées et leur habilité à repérer un LSA.

Conclusion

Notre étude originale a montré que les médecins généralistes avaient une prise en charge globalement adaptée du LSA : réalisation majoritaire d'un examen clinique et traitement adapté ou relais de prise en charge. Elle a confirmé la place importante du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des femmes ménopausées.
Il semble cependant exister une forme de réticence à la prescription au long cours des dermocorticoïdes, qui n'a pourtant pas lieu d'être d'après des études scientifiques claires.
L'examen clinique vulvaire dans le suivi des femmes ménopausées est important. Sensibiliser les médecins généralistes à l'aspect clinique du LSA, pour ne pas confondre avec l'atrophie vulvo-vaginale et ainsi mettre en place un traitement adapté, semble essentiel.
Ce travail a également montré l'importance du réseau de soin : médecins généralistes-gynécologues-dermatologues. Alors que l'exercice en MSP et CPTS se développe et est recommandé par les instances et les médecins, cette collaboration devrait être encore optimisée.

Nous avons également vu que la nécessité d'un suivi au long cours des femmes ménopausées porteuses de LSA (avec nécessité de dermocorticoïdes au long cours et d'examens cliniques réguliers) était souvent méconnue par les patientes mais aussi par les médecins généralistes. Dans ce contexte, il serait intéressant de réaliser une étude axée sur le suivi des patientes présentant un LSA en médecine générale : leur observance, la fréquence de l'application des dermocorticoïdes, et leur rémission ou non. Il serait également intéressant d'interroger les femmes ménopausées ayant un LSA vulvaire sur leur vécu, en axant sur le diagnostic, la prise en charge et leur perception d'un traitement au long cours par dermocorticoïdes.

Bibliographie :

1. Qu'est-ce que la ménopause ? [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/les-chiffres

2. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. févr 2014;17(1):3-9.

3. Ménopause-Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.

4. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut

5. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. Climacteric. avr 2016;19(2):188-97.

6. Médecins : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région [Internet]. LEFIGARO. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/03/23/20002-20170323ARTFIG00004-dentiste-orl-opthalmologue-decouvrez-le-delai-d-attente-par-region.php

7. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, Kellogg-Spadt S, Simon JA, Goldstein JA, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. Int J Womens Health. 29 juill 2013;5:437-47.

8. Kreuter A, Kryvosheyeva Y, Terras S, Moritz R, Möllenhoff K, Altmeyer P, et al. Association of autoimmune diseases with lichen sclerosus in 532 male and female patients. Acta Derm Venereol. 27 mars 2013;93(2):238-41.

9. Bigby SM, Eva LJ, Fong KL, Jones RW. The Natural History of Vulvar Intraepithelial Neoplasia, Differentiated Type: Evidence for Progression and Diagnostic Challenges. International Journal of Gynecological Pathology. nov 2016;35(6):574-84.

10. Marfatia Y, Surani A, Baxi R. Genital lichen sclerosus et atrophicus in females: An update. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2019;40(1):6-12.

11. Marnach ML, Torgerson RR. Vulvovaginal Issues in Mature Women. Mayo Clinic Proceedings. 1 mars 2017;92(3):449-54.

12. Brodrick B, Belkin ZR, Goldstein AT. Influence of treatments on prognosis for vulvar lichen sclerosus: Facts and controversies. Clinics in Dermatology. 1 nov 2013;31(6):780-6.

13. Bleeker MCG, Visser PJ, Overbeek LIH, van Beurden M, Berkhof J. Lichen Sclerosus: Incidence and Risk of Vulvar Squamous Cell Carcinoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. août 2016;25(8):1224-30.

14. Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and Treatment of Lichen Sclerosus. Am J Clin Dermatol. 1 févr 2013;14(1):27-47.

15. Gautam MM, Singh V, Nadkarni NJ, Patil SP. Anogenital lichen sclerosus. Indian J Sex Transm Dis AIDS. juin 2020;41(1):1-9.

16. Chamli A, Souissi A. Lichen Sclerosus. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538246/

17. Masson E. Lichen scléreux [Internet]. EM-Consulte. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/18645/lichen-sclereux

18. Cooper SM, Gao X-H, Powell JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? Arch Dermatol. juin 2004;140(6):702-6.

19. Donders GGG, Ruban K, Bellen G, Grinceviciene S. Pharmacotherapy for the treatment of vaginal atrophy. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 3 mai 2019;20(7):821-35.

20. Origoni M, Cimmino C, Carminati G, Iachini E, Stefani C, Girardelli S, et al. Postmenopausal vulvovaginal atrophy (VVA) is positively improved by topical hyaluronic acid application. A prospective, observational study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016;20(20):4190-5.

21. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

22. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.

23. Desmond L, Turpin G. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.

24. Boutelier C. Prise en charge gynécologique de la femme par le médecin généraliste: enquête auprès des médecins généralistes etdes gynécologues des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2015.

25. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.

26. Dambricourt S. Description de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies vulvaires et particulièrement le lichen-scléro-atrophique par le médecin généraliste et l'interne en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.

27. Meijden WI van der, Boffa MJ, Harmsel WA ter, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017;31(6):925-41.

28. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. JAMA Dermatol. oct 2015;151(10):1061-7.

29. Pérez-López FR, Vieira-Baptista P. Lichen sclerosus in women: a review. Climacteric. août 2017;20(4):339-47.

30. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. British Journal of Dermatology. 2010;163(4):672-82.

31. Renaud-Vilmer C, Cavelier-Balloy B, Porcher R, Dubertret L. Vulvar lichen sclerosus: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. Arch Dermatol. juin 2004;140(6):709-12.

32. Virgili A, Minghetti S, Borghi A, Corazza M. Proactive maintenance therapy with a topical corticosteroid for vulvar lichen sclerosus: preliminary results of a randomized study. Br J Dermatol. juin 2013;168(6):1316-24.

33. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. oct 2014;28(7):946-58.

34. Cooper SM, Madnani N, Margesson L. Reduced Risk of Squamous Cell Carcinoma With Adequate Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus. JAMA Dermatology. 1 oct 2015;151(10):1059-60.

35. Green C, Guest J, Ngu W. Long-term follow-up of women with genital lichen sclerosus. Menopause Int. mars 2013;19(1):28-9.

36. Dermocorticoïdes. Introduction. B. Lebrun-Vignes, O. Chosidow - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: https://docplayer.fr/8470899-Dermocorticoides-introduction-b-lebrun-vignes-o-chosidow.html

37. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al. TOPICOP©: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. PLoS One. 2013;8(10):e76493.

38. Stalder J-F, Aubert H, Anthoine E, Futamura M, Marcoux D, Morren M-A, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: International feasibility study of the TOPICOP score. Allergy. nov 2017;72(11):1713-9.

39. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: http://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-3220

40. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, Jong K de, Vries TW de. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. Pediatric Dermatology. 2019;36(1):100-4.

41. Lev-Sagie A. Vulvar and Vaginal Atrophy: Physiology, Clinical Presentation, and Treatment Considerations. Clin Obstet Gynecol. sept 2015;58(3):476-91.

42. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's VIews of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. J Sex Med. juill 2013;10(7):1790-9.

43. Villa P, Tagliaferri V, Amar ID, Cipolla C, Ingravalle F, Scambia G, et al. Local ultra-low-dose estriol gel treatment of vulvo-vaginal atrophy: efficacy and safety of long-term treatment. Gynecological Endocrinology. 2 juin 2020;36(6):535-9.

44. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 31 août 2016;(8):CD001500.

45. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc. janv 2010;85(1):87-94.

46. Kirtschig G, Becker K, Günthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi C-C, et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2015;29(10):e1-43.

47. Hall D. Lichen sclerosus: early diagnosis is the key to treatment. Nurse Pract. déc 1996;21(12 Pt 1):57-8, 61-2.

48. Geukes M, Oosterhof H, van Aalst MP, Anema JR. Attitude, confidence and social norm of Dutch occupational physicians regarding menopause in a work context. Maturitas. sept 2020;139:27-32.

49. Duffy O, Iversen L, Hannaford PC. The menopause « It's somewhere between a taboo and a joke ». A focus group study. Climacteric. août 2011;14(4):497-505.

50. Dien-Bergeard B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical: une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.

51. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.

52. Burnay J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.

53. van der Avoort IAM, Tiemes DEM, van Rossum MM, van der Vleuten CJM, Massuger LFAG, de Hullu JA. Lichen sclerosus: treatment and follow-up at the departments of gynaecology and dermatology. J Low Genit Tract Dis. avr 2010;14(2):118-23.

54. Goncalves DLM, Romero RL, Ferreira PL, Santi CG. Clinical and epidemiological profile of patients attended in a vulvar clinic of the dermatology outpatient unit of a tertiary hospital during a 4-year period. International Journal of Dermatology. 2019;58(11):1311-6.

55. Proser M, Bysshe T, Weaver D, Yee R. Community health centers at the crossroads: Growth and staffing needs. Journal of the American Academy of PAs. avr 2015;28(4):49-53.

56. Cottenceau D. Apports et inconvénients à l'installation des médecins généralistes au sein des maisons de santé pluridisciplinaires en Languedoc Roussillon en zones rurales, étude observationnelle auprès de 5 structures [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.

57. Tidy JA, Soutter WP, Luesley DM, MacLean AB, Buckley CH, Ridley CM. Management of lichen sclerosus and intraepithelial neoplasia of the vulva in the UK. J R Soc Med. déc 1996;89(12):699-701.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire (maquette d'un questionnaire progressif sur *Google Form*)

Première partie : Caractéristiques personnelles

- Sexe : Féminin / Masculin
- Age : ***
- Type d'exercices : Seul / Cabinet de groupe
- Type d'exercices : Salarié / Libéral / Mixte
- Année de début d'exercice : ***
- Lieu d'exercice : Rural / Semi rural / Urbain
- Dans quel département exercez-vous ? : ***
- Avez-vous un exercice médical particulier (DU, DESC) ? Si oui, lequel ? : ***
- Pratiquez-vous de la gynécologie en consultation ? (suivi de dépistage, frottis, contraception) : Exclusivement / Régulièrement / Occasionnellement / Jamais
- Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie ? Oui / Non

Deuxième partie : Cas clinique

1/ Demandez-vous spontanément aux femmes ménopausées si elles ont des symptômes vulvaires sans qu'elles n'abordent d'elles-mêmes le sujet ?

Oui-Non

2/ Si une patiente ménopausée se plaint de symptômes vulvaires (prurit, dyspareunie, sécheresse), à quoi pensez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

a. Atrophie vulvo vaginale
b. Psoriasis
c. Herpès virus simplex
d. Lichen scléro atrophique

e. Maladie de Paget vulvaire

f. Eczéma

g. Mycose vaginale

3/ Si une femme ménopausée se plaint de symptômes vulvaires, faites-vous un examen gynécologique systématique ?

Oui-Non

Si Non, merci de se référer à la question 4bis/

4/ Si Oui, votre examen clinique est le suivant :



copyright 1996 - 2019 DermIS

A quel(s) diagnostic(s) pensez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

a. Atrophie vulvo vaginale
b. Psoriasis
c. Herpès virus simplex
d. Lichen scléro atrophique
e. Maladie de Paget vulvaire
f. Eczéma
g. Mycose vaginale

5/ Que faites-vous ? :

a. Vous l'adressez à un confrère spécialiste gynécologue
b. Vous l'adressez à un confrère spécialiste dermatologue
c. Vous réalisez une biopsie
d. Vous proposez un traitement de première intention

6/ *Si réponse 6d/*, quel(s) traitement(s) instaurez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

a. Œstrogènes locaux
b. Gel lubrifiant

c. Savon intime pH neutre

d. Acide hyaluronique local

e. Dermocorticoïdes

f. Antifongiques

7/ Quelle serait la durée du traitement ? :

a. Une semaine

b. Deux semaines

c. Un mois

d. Deux mois

e. Trois mois

f. Six mois

g. Au long cours

8/ Pensez-vous nécessaire de revoir la patiente ? Si oui dans quel délai ?

a. Vous revoyez la patiente uniquement si les symptômes persistent

b. Dans une semaine

c. Dans deux semaines

d. Dans un mois

e. Dans deux mois

f. Dans trois mois

g. Dans six mois

h. Dans un an

9/ *Si réponses 8 b/ c/ d/ e/ f/ g/ h/,* Vous revoyez votre patiente dans le délai défini, ré examinez-vous votre patiente ?

a. Oui

b. Seulement si les symptômes persistent

c. Non

4bis/ *Si réponse Non à la question 3/*, que faites-vous ? :

a. Vous l'adressez à un confrère spécialiste gynécologue
b. Vous l'adressez à un confrère spécialiste dermatologue
c. Vous proposez un traitement probabiliste d'emblée

5bis/ *Si réponse 4bis c/*, quel(s) traitement(s) instaurez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

a. Œstrogènes locaux
b. Gel lubrifiant
c. Savon intime pH neutre
d. Acide hyaluronique local
e. Dermocorticoïdes
f. Antifongiques

6bis/ Quelle serait la durée du traitement ? :

a. Une semaine
b. Deux semaines
c. Un mois
d. Deux mois
e. Trois mois
f. Six mois
g. Au long cours

7bis/ Pensez-vous nécessaire de revoir la patiente ? Si oui dans quel délai ?

a. Vous revoyez la patiente uniquement si les symptômes persistent
b. Dans une semaine
c. Dans deux semaines
d. Dans un mois
e. Dans deux mois

f. Dans trois mois

g. Dans six mois

h. Dans un an

8bis/ La patiente revient non soulagée par le traitement proposé, que faites-vous ?

a. Vous l'adressez à un confrère spécialiste gynécologue

b. Vous l'adressez à un confrère spécialiste dermatologue

c. Vous réalisez une biopsie

d. Vous proposez un traitement de deuxième intention d'emblée

e. Vous examinez la patiente

Annexe 2 : Mails envoyés aux médecins généralistes via les CDOM et les URPS

" Bonjour,

Je suis actuellement en année de thèse de médecine générale.
Je réalise ma thèse sur la prise en charge en médecine générale des symptômes vulvo-vaginaux chez la femme ménopausée.

Pour évaluer cette prise en charge, je réalise une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire progressif et anonyme, sous forme d'un cas clinique, qui ne vous prendra que quelques minutes à répondre, avec un petit résumé à la fin.

Pour participer, voici le lien: https://forms.gle/akTeV6uQeftDwhoy8

L'intégralité des réponses est anonyme et l'analyse des données se fait dans le respect de cet anonymat.

En remplissant ce questionnaire vous m'autorisez à utiliser ces données dans un objectif de recherche pour mon travail de thèse.

L'étude est supervisée par ma directrice de Thèse le Dr Elodie MILLION et le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

Vous trouverez ci-joint nos coordonnées. Pour toutes questions, merci de me joindre en priorité.

Merci pour votre participation. "

Annexe 3 : Détails des CDOM et URPS répondants et non répondants

Les CDOM ayant répondu positivement sont : l'Allier, les Alpes-de-Haute-Provence, les Alpes-Maritimes, l'Ardèche, les Ardennes, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Charente, la Charente-Maritime, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, la Dordogne, le Doubs, le Gard, l'Hérault, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Jura, les Landes, la Haute-Loire, la Loire-Atlantique, le Loiret, la Meurthe-et-Moselle, le Morbihan, les Pyrénées-Orientales, la Saône-et-Loire, la Seine-et-Marne, les Deux-Sèvres, Vienne, le Vaucluse, le Val-de-Marne, la Guadeloupe, la Guyane.
L'URPS ayant répondu positivement est l'URPS Grand-Est.

Les CDOM ayant répondu négativement sont : les Hautes-Alpes, l'Ariège, le Calvados, le Cher, la Haute-Corse, la Côte-d'Or, la Drome, l'Eure, l'Eure-et-Loir, le Finistère, la Haute Garonne, le Gers, la Gironde, l'Ille-et-Vilaine, l'Isère, le Loir-et-Cher, la Loire, la Marne, la Mayenne, la Meuse, le Nord, l'Oise, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Atlantiques, le Pas-de-Calais, le Haut-Rhin, la Haute-Saône, la Sarthe, la Savoie, la Haute-Savoie, Paris, la Seine-Maritime, la Somme, , le Var, la Vendée, la Haute-Vienne, les Vosges, Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise, la Réunion.
Les URPS ayant répondu négativement sont : l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes, l'URPS Bourgogne-Franche-Comté, l'URPS Bretagne, l'URPS Ile-de-France, l'URPS Haut-de-France, l'URML Normandie, l'URPS Nouvelle-Aquitaine, l'URPS Pays de la Loire.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Le lichen scléro-atrophique (LSA) vulvaire est une dermatose inflammatoire chronique cutanéomuqueuse qui concerne environ 3% des femmes ménopausées. Il peut entrainer un retentissement majeur sur leur qualité de vie, et il existe un risque de transformation cancéreuse dans 3.5 à 5% des cas. Il est donc important de le dépister et de le traiter. Ce rôle revient souvent au médecin généraliste. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques initiales de diagnostic, de traitement et de suivi du LSA vulvaire chez la femme ménopausée par les médecins généralistes.

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive. Un questionnaire a été créé sous la forme d'un cas clinique progressif autour d'une femme ménopausée présentant une symptomatologie vulvaire, et envoyé aux médecins généralistes de France via les CDOM et URPS.

Résultats : Au total, 469 médecins généralistes ont participé. 83% d'entre eux réalisaient un examen clinique devant une femme ménopausée présentant une plainte vulvaire. Parmi eux, 57% posaient le diagnostic certain de LSA, 22% l'évoquaient. Quand le diagnostic de LSA était certain, 59% des médecins adressaient la patiente à un gynécologue ou un dermatologue, 41% prescrivaient des dermocorticoïdes. Quand le diagnostic de LSA était évoqué parmi d'autres diagnostics, 57% des médecins prescrivaient un traitement de première intention dont 66% un traitement autre que des dermocorticoïdes (76% contre l'atrophie vulvo-vaginale). Quand le diagnostic de LSA n'était pas évoqué, 73% des médecins prescrivaient un traitement de première intention dont 92% un traitement autre que des dermocorticoïdes (74% contre l'atrophie vulvo-vaginale).

Conclusion : Les médecins généralistes avaient une prise en charge du LSA globalement adaptée, quand le diagnostic était certain. Toutefois, il semblait exister une réticence à prescrire des dermocorticoïdes. Les différences cliniques et thérapeutiques entre LSA et atrophie vulvo-vaginale semblent importantes à connaitre pour une meilleure prise en charge du LSA.

***Mots-clés* :** Lichen sléro-atrophique vulvaire, femme ménopausée, médecins généralistes, dermocorticoïdes, étude quantitative