

Rapport du congrès sur la médecine sexuelle

Chaque année, le congrès est la présentation d'un rapport qui passe en revue, de manière exhaustive, la littérature, et partant les connaissances sur une thématique. Cette année le rapport porte sur une branche de la médecine en plein essor, et qui demeure néanmoins méconnue, la médecine sexuelle.

Il sera présenté le samedi 24 novembre.

Le rapport abordera :

- **L'anatomie et la physiologie de la sexualité humaine, éclairées par les progrès scientifiques réalisés ces 15 dernières années.** Il sera notamment question du rôle des circuits nerveux et des neuromédiateurs, chez l'homme et la femme. L'anatomie et la physiologie seront enfin envisagées sous l'angle du couple, avec une anatomie du rapport sexuel.
- **Les troubles du désir, de l'excitabilité et de l'orgasme chez la femme,** et le rôle du médecin dans l'écoute et la prise en charge.
- **Les troubles de la sexualité masculine :** la diminution du désir liée à la baisse de testostérone, la dysfonction érectile, le priapisme (érection anormalement prolongée), les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme. Seront aussi abordées les déformations de la verge, acquises (maladie de Lapeyronie) ou congénitales dont le micropénis.
- **Le retentissement des accidents sur la sexualité (traumatologie sexuelle).**
- **Les dysfonctions sexuelles du patient et de la patiente neurologique,** blessé médullaire, para ou tétraplégique, patient souffrant d'une maladie neurologique en particulier sclérose en plaques ou bien ayant fait un AVC (Lire l'encadré ci-dessous).
- **La iatrogénie sexuelle des médicaments (lire l'encadré ci-dessous) :** savoir repérer les effets indésirables de certains traitements sur la sexualité des patients, apprendre à les distinguer d'un éventuel effet nocebo : l'analyse souligne l'importance d'écouter et d'entendre la plainte du patient, mais aussi de faire œuvre de pédagogie, afin que le patient ne cesse pas, de lui-même, un traitement qui lui est indispensable.
- **Les dysfonctions sexuelles induites par les traitements des cancers de la prostate :** leur nécessaire explication et leur prise en charge.
- **La chirurgie plastique de l'appareil génital :**
 - **Chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles féminines ;**
 - **Chirurgie cosmétique de l'appareil génital masculin** (allongement de la verge).
- **Le dépistage des abus sexuels et des viols, à travers une plainte urologique** (incontinence, douleurs pelviennes) **ou une plainte sexuelle :** comment questionner la patiente ?
- **Le transsexualisme,** de l'homme vers la femme ou de la femme vers l'homme.
- **Le retentissement de l'infertilité sur la sexualité,** et vice versa : ou comment la prise en charge de l'infertilité finit par peser sur le couple et nuire à la dimension récréative de la sexualité.
- **L'homosexualité.**
- **La sexualité du couple âgé :** méconnue voire taboue, elle est peu connue des médecins qui n'osent pas toujours questionner leurs patients (lire l'encadré ci-dessous).
- **Les approches sexologiques de la prise en charge des patients avec une plainte sexuelle.**

- **Le repérage des perversions pouvant donner lieu à des actes illicites (paraphilies) :** une vigilance nécessaire, afin de ne pas prescrire des traitements qui stimulent la sexualité à des sujets susceptibles de nuire à autrui (par exemple, sujets pédophiles).

Le rapport sur la médecine sexuelle vise à produire un état des lieux des connaissances sur la sexualité et à aider les urologues dans leur pratique quotidienne.

Le point avec le professeur François Giuliano (Garches), l'un des trois rapporteurs, avec le docteur Florence Cour et le professeur Stéphane Droupy.

Pourquoi un rapport sur la médecine sexuelle ?

Professeur François Giuliano : D'abord, parce que la connaissance de la physiologie de la sexualité masculine et féminine a beaucoup progressé ces 15 dernières années, et qu'il était important d'entreprendre la somme de ce qui est aujourd'hui connu, dans un domaine qui concerne tous les patients et contribue à la qualité de vie. D'autant plus que le dernier rapport publié par l'AFU datait de 1992 : celui-ci était par ailleurs exclusivement consacré à la dysfonction érectile. Il était temps de partager une mise à jour des connaissances.

En tant que chirurgiens de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme, et spécialistes de l'appareil génital de l'homme, les urologues ont une légitimité certaine en termes d'expertise sur les structures anatomiques qui participent à la réponse sexuelle. Cependant, il était nécessaire d'élargir leur vision anatomique et physiologique en leur donnant des clés pour mieux comprendre les patients et mieux dialoguer avec eux. Parce que les urologues reçoivent en consultation des hommes et des femmes dont les pathologies ou l'âge retentissent souvent sur la vie sexuelle. Parce qu'il n'est pas chose aisée d'aborder la sexualité, surtout lorsqu'on n'y a pas été formé (la sexualité n'est abordée dans le cursus des études de médecine que depuis peu).

Or, il y a une demande des patients, qu'il faut pouvoir entendre, et à laquelle il faut pouvoir répondre. L'Association Française d'Urologie est ainsi engagée dans des actions de sensibilisation et de formation des urologues à la médecine sexuelle.

Quelles sont les autres actions engagées par l'AFU dans ce domaine ?

Il y a les Journées annuelles d'Andrologie et de Médecine Sexuelle (JAMS) qui se déroulent au mois de septembre (<http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formations-afu/jams/jams-2012.html>), les journées d'Enseignement du Collège d'Urologie (ECU) qui proposent des enseignements à l'ensemble des jeunes urologues en formation qui comprennent un module dédié à la médecine sexuelle, ou encore des Séminaires d'Urologie Continue (SUC) destinés aux urologues séniors. Les prochaines auront lieu du 31 janvier au 2 février 2013, avec un module andrologie, faisant la part belle à la médecine sexuelle : <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/suc/2013/programme.pdf> .

Quelle est la place de la médecine sexuelle dans la pratique quotidienne de l'urologue ?

L'urologue est confronté, dans sa pratique quotidienne, à des patients et des patientes pouvant exprimer une dysfonction ou plainte sexuelle. Il doit être en mesure de questionner le patient afin d'évaluer les dysfonctionnements et les besoins afin de poser un diagnostic; les questionnaires, qui l'aident dans cette démarche, seront d'ailleurs présentés au point presse du congrès, le vendredi 23 novembre, à 9h30. L'urologue est ainsi souvent en première ligne pour proposer des solutions thérapeutiques au patient – notamment dans le cas des troubles sexuels de l'homme, dont il est le spécialiste. Dans d'autres cas, il a un rôle de conseil et d'orientation et travaille en réseau avec les

autres professionnels de santé, gynécologues, sexologues, afin d'accompagner le patient et de l'aider à (re)trouver une sexualité satisfaisante. Tous ces aspects de la prise en charge sont abordés dans le rapport sur la médecine sexuelle présenté au congrès, cette année.

La iatrogénie sexuelle des médicaments

Nombre de médicaments ont des répercussions sur la fonction sexuelle du patient. Leur effet est plus ou moins bien connu des prescripteurs, comme des patients. Il est essentiel de bien les connaître, afin d'en parler avec le patient, car l'apparition de troubles conduit parfois à l'abandon spontané d'un traitement nécessaire, avec des conséquences plus ou moins graves sur la santé.

L'interrogatoire du patient permettra de distinguer :

- un effet secondaire avéré ;
- la survenue de symptômes sexuels liés à la pathologie (notamment dans la dépression, les psychoses, l'hypertension artérielle, les douleurs chroniques ou encore les troubles mictionnels) ;
- un effet nocebo, quand le patient, par crainte des effets indésirables, induit lui-même des dysfonctionnements sexuels.

L'affirmation de La iatrogénie médicamenteuse repose sur l'analyse de l'histoire clinique du patient et notamment de la chronologie des troubles, croisée avec les connaissances de littérature sur les molécules.

Les principales classes de médicaments qui peuvent induire des effets sexuels sont :

Les anti-hypertenseurs : le trouble sexuel associé est la dysfonction érectile, qui concernerait entre 0 et 25 % des hommes traités. L'analyse de la littérature montre que seuls les diurétiques thiazidiques accroissent de manière significative le risque de dysfonction érectile (multipliée par deux, par rapport au placebo). L'effet nocebo est ici fréquent.

Les traitements de l'hypertrophie bénigne de la prostate : si les α 1-bloquants (lire le chapitre sur l'hypertrophie bénigne de la prostate) n'altèrent pas la libido, certains d'entre eux peuvent être à l'origine de troubles de l'éjaculation (jusqu'à 28 % pour la silodosine), essentiellement des anéjaculations, réversibles à l'arrêt du traitement. Les inhibiteurs de la 5 α réductase (finastéride, dutastéride) sont quant à eux responsables de troubles de l'éjaculation (de 2,1 à 7,7 %), de dysfonction érectile (de 4,9 à 18,8 %) et d'une diminution de la libido (de 3,1 à 5,4 %). La combinaison des 2 traitements augmente les effets secondaires. Les plantes (pygeanum africanum ou serenoa repens) n'ont pas d'incidence sur la sexualité.

Les traitements du cancer de la prostate : si la majorité des hommes sous castration chimique rapportent une baisse de leur libido, la littérature n'établit pas de corrélation systématique entre taux de testostérone et activité sexuelle, sauf lorsque la testostérone est très diminuée.

Les médicaments d'action centrale : parmi les **antidépresseurs**, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont à l'origine d'effets secondaires sexuels, la sérotonine ayant une influence inhibitrice sur les fonctions sexuelles féminines et masculines. L'incidence de ces effets secondaires sexuels, de toute nature, de ces médicaments est importante (59,1 % selon une

étude espagnole portant sur 1022 sujets traités par ISRS¹). Il est donc recommandé d'être à l'écoute du patient traité exprimant une plainte sexuelle, et d'entrer en relation avec le médecin prescripteur, afin d'envisager, quand cela est possible, une modification du traitement. Les **neuroleptiques** comportent aussi des effets secondaires sexuels importants : dysfonction érectile chez l'homme, troubles du désir ou de la lubrification chez la femme. Mais ces symptômes peuvent aussi être attribués à la maladie psychotique traitée. **Les neuroleptiques qui n'élèvent pas la prolactinémie entraînent moins d'effets secondaires sexuels (de 16 à 27 %).**

Les **anti-épileptiques** peuvent entraîner une diminution ou une perte du désir sexuel, et/ou d'excitabilité, voire une anorgasmie. Les antiparkinsoniens à l'action dopaminergique sont parfois à l'origine d'une désinhibition voire d'une hypersexualité, nécessitant une révision de la posologie. Enfin, les **antalgiques de niveau 3 (analgésiques opiacés ou opioïdes)** sont parfois responsables d'une diminution du désir.

D'autres classes de médicaments peuvent avoir des effets sur la fonction sexuelle : **tramadol sur l'éjaculation, traitements du cancer du sein chez la femme.**

Le nombre de ces interactions montre l'importance de la recherche d'une iatrogénie médicamenteuse dans le cadre de la médecine sexuelle. Elle souligne aussi l'importance de l'explication au patient, du dialogue patient-médecin comme du dialogue entre prescripteurs, afin d'éviter les problèmes de compliance aux conséquences délétères.

Les patients neurologiques

Les pathologies neurologiques affectant le cerveau, la moelle épinière ou le système nerveux périphérique s'accompagnent très fréquemment de troubles sexuels, au cœur des préoccupations des patients, parfois devant l'atteinte motrice, notamment chez les patients paraplégiques.

Les troubles varient selon le site de la lésion, sa gravité, l'âge de leur survenue, le sexe du patient.

Ils sont souvent associés à des troubles iatrogéniques (lire l'encadré *La iatrogénie sexuelle des médicaments* ci-dessus) dont il faut tenir compte dans la prise en charge.

Par ailleurs, la proximité des centres contrôlant les fonctions vésico-sphinctérienne, ano-rectale et sexuelle, entraîne, la plupart du temps, l'association de troubles urinaires, sexuels et fécaux. Le traitement de l'incontinence urinaire, voire fécale, sont souvent des préalables nécessaires à celui des troubles sexuels. Quelques exemples de pathologies figurent ci-dessous.

Les traumatismes crâniens (TC) :

Les traumatismes crâniens peuvent entraîner des difficultés qui touchent à la fois le désir sexuel, la possibilité d'avoir des rapports sexuels, de prendre des initiatives et d'obtenir des orgasmes. Ces difficultés sont majorées, sur le plan physique, par les difficultés de mouvement et les troubles de sensations, et sur le plan psychologique, par une dégradation de l'image de soi. Le comportement des partenaires, souvent réticents à la reprise de la vie sexuelle, accentue la sensation de dévalorisation des traumatisés crâniens.

La prise en charge des patients nécessite avant tout d'attribuer les troubles sexuels à la pathologie neurologique centrale afin d'éliminer des causes associées possibles.

¹ Journal of Clinical Psychiatry, 2001; 62: 10-21.

Le bilan de La iatrogénie médicamenteuse (due aux neuroleptiques, antidépresseurs, anti-épileptiques, antispastiques)... doit également précéder la prise en charge.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) :

La prévalence des troubles sexuels après un AVC est importante chez l'homme comme chez la femme. Ces troubles concernent à la fois le désir, l'initiative, l'érection (pour les hommes), la lubrification vaginale (chez la femme) et l'orgasme pour les deux sexes.

La première question est de savoir si l'origine des troubles est plutôt d'origine vasculaire ou neurologique. La part de La iatrogénie médicamenteuse doit aussi être examinée.

La prise en charge précoce des couples, y compris au stade initial au cours de l'hospitalisation, en rééducation, a un impact positif sur la récupération d'une sexualité de meilleure qualité. En effet, la modification de la qualité relationnelle et des rôles respectifs à l'intérieur du couple, la dépression, l'anxiété, la crainte de la survenue d'un nouvel AVC, contribuent à l'altération de la qualité de la vie sexuelle.

La maladie de Parkinson :

La maladie de Parkinson entraîne des troubles sexuels qui ont un impact fort sur le risque de dépression et sur la qualité de vie :

- chez l'homme, dysfonction érectile, difficulté à obtenir une éjaculation et à stimuler la partenaire, baisse de la libido ;
- chez la femme, difficulté voire perte de lubrification et anorgasmie.

Par ailleurs, des troubles du comportement sexuel sont décrits chez les patients atteints d'une maladie de Parkinson : il semble que le traitement par L Dopa et les agonistes dopaminergiques puissent entraîner une hypersexualité ainsi que des paraphilies avec, dans de rares cas, des conséquences pénales. Il est important de les rechercher systématiquement, car les patients ou les conjoints éprouvent de la gêne à aborder ces difficultés spontanément, malgré un impact majeur sur la qualité de vie.

La sclérose en plaques :

- Les symptômes sexuels peuvent être présents dès le début de la maladie voire inauguraux chez l'homme comme chez la femme.
- Les hommes souffrent de dysfonction érectile, de difficultés à éjaculer, majorées par l'évolution de la maladie.

Un tiers des femmes rapportent une anorgasmie et des difficultés de lubrification, un quart décrivent une diminution nette de la libido.

Etant donnée la variabilité des symptômes et des profils évolutifs de la maladie, la prise en charge, individualisée, doit associer une évaluation précise des déficiences, des attentes, et des thérapeutiques utilisées.

Les blessés médullaires :

Chez l'homme, l'érection réflexe est sous dépendance d'un réflexe sacré : la plupart des patients atteints de lésions supra-sacrées récupèrent des érections réflexes, en réponse à des stimulations de la zone périnéale, en dehors de tout contexte érotique. Les érections psychogènes sont, elles, sous dépendance de segments plus haut situés dans la moelle épinière entre D11 et L2.

Chez la femme, les centres responsables de la lubrification réflexe et psychogène sont situés dans les mêmes segments médullaires.

Comme pour les autres pathologies neurologiques, il est important d'engager, avant la prise en charge

des troubles sexuels, une prise en charge des troubles urinaires et ano-rectaux.

De même, le travail sur la relation de couple est essentiel à la reprise d'une activité sexuelle.

Chez l'homme, les différentes thérapeutiques de la dysfonction érectile, IPDE5 ou bien injections intracaverneuses de prostaglandine E1 permettent très fréquemment aux patients d'obtenir des érections stables et rigides permettant le rapport sexuel avec pénétration. Mais les patients doivent être informés sur les modifications physiologiques qu'entraîne la lésion médullaire, afin d'éviter les déceptions : par exemple le traitement des troubles de l'érection améliore exceptionnellement les capacités éjaculatoires, l'obtention d'une éjaculation ne s'accompagne pas, dans la plupart des cas, d'un orgasme, et la sensibilité de la verge n'est pas améliorée par le traitement des troubles de l'érection... Parce que l'érection, l'éjaculation et l'orgasme ont une régulation neurologique différente et pas toujours associée. Définir clairement l'objectif des traitements proposés évite l'insatisfaction des patients liée à des attentes irréalistes.

Chez les femmes, les études par interviews et questionnaires montrent que :

- 48.3 % des femmes rapportent une lubrification adéquate, 27.6 % non, et 24.1 % ne savent pas.
- 50 % des femmes ont un orgasme, mais la durée de stimulation nécessaire est plus longue, son intensité et sa fréquence de survenue sont diminuées.
- La fréquence de l'activité sexuelle diminue, le désir se modifie, mais globalement 69 % des femmes sont satisfaites.
- Le type d'activité se modifie, le coït reste pratiqué (de 67 à 77 %), est corrélé au niveau d'atteinte (les tétraplégiques ont plus de difficultés), mais plus de place est faite aux rapports orogénitaux, baisers, étreintes, caresses et fantasmes.
- Le développement de zones érogènes sus lésionnelles est positivement corrélé à la durée post-traumatique et négativement corrélé à l'existence d'une lésion incomplète.
- Les 4 principaux problèmes montrés par la littérature sont les difficultés positionnelles lors des préliminaires (72 %), pendant le coït (77 %), la lubrification vaginale (65.5 %) et la spasticité (63.2 %). Par ailleurs, 51.7 % des femmes disent être concernées par une incontinence urinaire pendant l'acte sexuel, 41.4 % par de possibles fuites de selles. D'autres problèmes tels que douleur vaginale, survenue de phénomènes dysréflexifs sont rapportés par les femmes.
- Les facteurs prédictifs d'un bon ajustement sexuel sont : le niveau d'éducation, l'existence d'un partenaire durable, la survenue de la lésion à l'âge adulte, le recul post-traumatique.

Ce qu'il faut retenir

- ✓ Les troubles sexuels en pathologie neurologique varient en fonction du niveau de l'atteinte, de son caractère complet ou incomplet, progressif ou dégénératif, et du sexe.
- ✓ L'association à des troubles urinaires et anorectaux ou à une hypotension orthostatique est très fréquente et doit faire évoquer une maladie neurologique quand celle-ci n'est pas connue.
- ✓ Une prise en charge spécifique des troubles sexuels est nécessaire et doit être réalisée précocement et associée à celle des autres troubles fonctionnels.
- ✓ La iatrogénie médicamenteuse des traitements associés dans le contexte de la pathologie neurologique est fréquente et doit être prévenue dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

- ✓ Lorsqu'il existe un handicap neurologique et moteur, la dysfonction sexuelle résulte également des incapacités physiques, conséquences du handicap et/ou d'une souffrance psychologique associée.
- ✓ L'importance du regard de l'entourage, et notamment des médecins a des répercussions sur la qualité de vie et l'image de soi : ainsi, les femmes présentant une lésion neurologique doivent être considérées comme des êtres sexués et doivent bénéficier d'une approche thérapeutique hiérarchisée. Elles doivent bénéficier d'une information sur leurs capacités sexuelles récréatives et procréatives, suggestions spécifiques et proposition de thérapies ciblées. L'information a été formalisée et hiérarchisée selon le modèle PLISSIT : permission (P) de demander des renseignements et suggère d'y répondre avec un minimum d'informations (Limited Informations) ; offre des suggestions plus précises (Specific Suggestions) pour aider la femme et son partenaire à retrouver une harmonie sexuelle ; et offre une thérapie intensive (Intensive Therapy) pour les guider sur leur sexualité post-lésionnelle.

La sexualité du couple âgé

La sexualité du couple âgé demeure un tabou, dont on parle peu, comme si la sexualité était vouée à s'éteindre avec l'âge.

De fait, les médecins posent très peu de questions sur la sexualité de leurs patients âgés.

Selon une étude publiée en 2007² :

- **seulement 7 % des femmes et 32 % des hommes ont rapporté avoir été questionnés à ce sujet par leur médecin ;**
- **quand 32 % des femmes et 86 % des hommes, âgés en moyenne de 81±6 ans aimeraient pouvoir en parler.**
-

Contrairement à ce que l'on croit, la sexualité demeure importante. Ainsi, de nombreuses études ont montré le souhait de maintenir une activité sexuelle après 70 ans ; et dans une étude suédoise réalisée en 1996³, 46 % des hommes ont rapporté avoir au moins un orgasme par mois.

En France, la tendance est à l'augmentation de l'activité sexuelle chez les couples âgés, notamment chez les femmes :

- **En 1970, 53 % des femmes de plus de 50 ans vivant en couple se déclaraient sexuellement actives⁴;**
- **En 1992, elles étaient 77 %⁵ ;**
- **Aujourd'hui, elles sont près de 90 %⁴.**

² Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. J Sex Med 2007; 4:1247—53.

³ Helgason AR, Adolfsson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Göthberg M, et al. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: a population-based study. Age Ageing 1996;25:285—91.

⁴ Spira A, Bajos N, et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: la Documentation française; 1993.

⁵ Bajos N., Bozon B., Beltzer N., et l'équipe CSF. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, 2008, La Découverte.

La fréquence des rapports sexuels déclarés a aussi augmenté, et semble inversement proportionnelle à la durée de la relation du couple, corroborant l'idée que la routine nuit au maintien de la sexualité.

Les écueils à surmonter pour maintenir une vie sexuelle épanouie

Les écueils à surmonter pour maintenir une vie sexuelle épanouie dépendent aussi de l'âge du couple, les difficultés rencontrées sur les plans physique, psychologique ou culturel n'étant pas les mêmes à 65 ou 80 ans.

Pendant on peut noter l'influence négative de :

- La routine ;
- La dégradation de la relation (manque de confiance, crainte de l'adultère, chez la femme) ;
- Les changements physiques, liés au vieillissement qui peuvent contribuer à la baisse du désir ;
- Les difficultés physiques (dysfonction érectile, allongement de la période réfractaire chez l'homme, sécheresse vaginale, atrophie vulvo-vaginale chez la femme) ;
- Ressenti négatif de la ménopause chez la femme.
-

A quoi s'ajoute parfois la crainte de la perte de contrôle d'un corps plus vulnérable : accélération cardiaque lors du rapport sexuel.

La qualité de la relation, la préservation de la tendresse et la perception du désir de l'autre sont, en revanche, des facteurs d'épanouissement sexuel.

Les conseils sexologiques

L'accompagnement du couple âgé passe par l'explication des changements physiologiques liés à l'âge.

La prise en charge exclut la référence à quelque norme que ce soit, chaque couple devant trouver son rythme et le mode d'expression de la sexualité qui lui convient.

Des conseils relationnels généraux attireront l'attention du couple sur l'importance de la tendresse et de son expression, souvent limitée par la pudeur. Il faut réapprendre à se parler, à dire son attachement à l'autre, à dire la beauté de l'autre, mais aussi parfois, réapprendre à se toucher, afin de réintégrer la sexualité génitale dans une dimension affective globale.

Sur le plan de la sexualité à proprement parler, le médecin rappellera l'importance des préliminaires qui contribuent à l'augmentation de l'excitation.

Parallèlement à la prise en charge sexologique, les traitements pharmacologiques peuvent aider le couple à surmonter certaines difficultés physiques :

- Chez l'homme...
 - Traitements de la dysfonction érectile (IPDE5 ou injections intracaverneuses) ;
 - Substitution androgénique, le cas échéant, à discuter avec le couple.
- Chez la femme, les œstrogènes locaux, dans le respect des contre-indications, diminuent les douleurs lors des rapports, liées à la sécheresse vaginale, à l'atrophie vulvo-vaginale⁶.

⁶ Sturdee DW, Panay N, International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric 2010;13:509—22.