

Vulvodynies et douleur pelvi-périnéale chroniques

Résumé vulgarisé de l'article publié dans « Progrès en urologie »

par Elsevier Masson (octobre 2010) et rédigé par les Dr M. MOYAL BARRACCO et JJ LABAT

1) Quelle est la fréquence de la vulvodynie ?

Selon une étude menée aux Etats Unis dans la région de Boston, 16 % des femmes représentatives de cette zone géographique avaient souffert ou souffraient de douleurs vulvaires tenaces (plus de 3 mois). Nous ne connaissons pas la prévalence de la vulvodynie en Europe, néanmoins, la vulvodynie est le motif de consultation le plus fréquent des consultations spécialisées en pathologies vulvaires.

La vulvodynie reste pourtant mal connue des médecins. Les patientes sont généralement reçues en consultation de pathologies vulvaires au terme d'une longue errance médicale durant laquelle, leur syndrome douloureux n'est pas reconnu (« vous n'avez rien », « tout est normal », « allez voir un psy »...).

2) Comment définir la vulvodynie ?

Définition de la Société Internationale de pathologie vulvaire (International Society for The Study of Vulvovaginal Disease) : Inconfort vulvaire*, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie cliniquement identifiable ».

*Inconfort vulvaire : il est le plus souvent décrit comme une brûlure mais d'autres sensations sont évoquées : élancements, pincements, sécheresse.

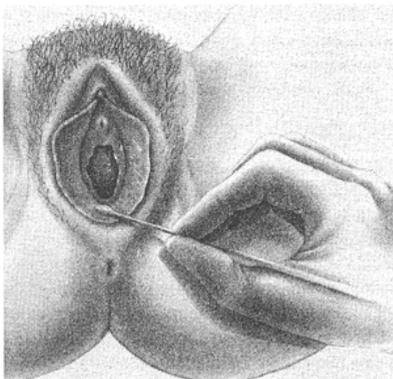
❖ Vulvodynie provoquée = vestibulodynie provoquée

Elle concerne des femmes jeunes *nullipares* (qui n'ont pas d'enfant).

Le motif de consultation est le plus souvent la douleur déclenchée par la pénétration lors des rapports sexuels (*dyspareunie d'intromission*). Cette *dyspareunie* (douleur lors des rapports sexuels) conduit à un évitement des rapports et à une perte du désir sexuel, lui-même source de dyspareunie.

Souvent, ces patientes ne supportent aucun contact local : tampon hygiénique, vêtement serré, produits d'hygiène mais également les contextes favorisant le contact et frottement : station assise, bicyclette, équitation.

- Ces symptômes sont soit **primaires** : présents dès les premiers rapports sexuels
- Soit **secondaires** : apparition après une période plus ou moins longue de rapports sexuels indolores



L'examen permet d'identifier la zone sensible qui est presque toujours le vestibule :

Une pression légère avec un coton tige déclenche la douleur.

❖ Vulvodynie spontanée

Elle concerne des femmes plus âgées dont les douleurs concernent toute la vulve ou une zone plus précise telle que par exemple le clitoris mais plus rarement le vestibule.

L'inconfort peut également concerner les zones adjacentes : anus, vagin, urètre, vessie

❖ Douleur « chronique »

La vulvodynie est caractérisée par une douleur chronique qui existe souvent depuis de nombreux mois ou années avant le diagnostic. La douleur est quotidienne avec des hauts et des bas. Les rémissions lorsqu'elles surviennent, n'excèdent pas quelques semaines ou quelques mois.

L'expérience montre qu'il est souvent possible d'identifier un évènement inaugural à la survenue de la douleur : candidose, infection gynécologique, infection urinaire, intervention chirurgicale (gynécologique, urologique ou proctologique), accouchement, évènement de vie vécu de façon traumatique.

❖ « Sans lésion visible pertinente »

Si une lésion est découverte, il convient de préciser si elle peut expliquer l'inconfort vulvaire chronique. Ainsi, par exemple, un lichen scléreux peut expliquer un prurit mais pas une brûlure. De même, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence des résultats des prélèvements vaginaux. La présence de mycose ou de streptocoques B ne sauraient expliquer les brûlures vulvaires chroniques.

❖ « sans maladie neurologique cliniquement identifiable »

Il peut être difficile de différencier une névralgie pudendale d'une vulvodynie, l'hypersensibilité vulvaire et les douleurs au contact de type allodynie pouvant être également présentes dans le cas d'une névralgie pudendale. ***Le diagnostic de névralgie pudendale est d'autant plus probable que la douleur déborde de la vulve et qu'elle est unilatérale.***

Le diagnostic de la vulvodynie repose sur l'examen clinique. La biopsie est inutile.

La prescription d'examens complémentaires dépend de l'histoire médicale de la patiente. Ces examens visent à identifier une infection associée qui peut être source de majoration occasionnelle ou récurrente de l'inconfort vulvaire (candidose, herpès, infection urinaire).

3) Quelle est la cause des vulvodynies

Un certain nombre d'hypothèses existent calquées sur la fibromyalgie. La vulvodynie pourrait donc être une manifestation de sensibilisation centrale au cours de laquelle la perception douloureuse est amplifiée.

4) Les outils du traitement

Le traitement de la vulvodynie est empirique : aucun traitement n'a été définitivement validé à ce jour. L'attention et l'empathie sont des préalables indispensables à une prise en charge efficace car elles permettront de mieux appréhender les différentes facettes de la maladie, spécifiques à chaque patiente et de proposer les options thérapeutiques les mieux adaptées.

Les 6 messages de la première consultation :

- 1) *Nommer la maladie : vulvodynie et expliquer qu'il s'agit du motif le plus fréquent de consultation de pathologie vulvaire.*
- 2) *La maladie n'est pas « imaginaire : la douleur est réelle.*
- 3) *La vulvodynie n'est ni une maladie sexuellement transmissible ni un cancer ou un état pré-cancéreux.*
- 4) *« Ce n'est pas dans la tête ». Si la vulvodynie n'a pas actuellement de cause organique définie, rien ne permet d'affirmer que sa cause est « psychologique ».*
- 5) *Comme pour toute douleur chronique, il n'y a pas de traitement miracle : une approche globale et multifactorielle est souhaitable. Elle sera d'abord corporelle, centrée sur la douleur physique et ses conséquences. L'orientation vers un psychothérapeute ou un sexologue pourra se faire dans un deuxième temps après un temps de maturation et d'évolution qui se fait au fil des consultations.*
- 6) *La vulvodynie n'est pas une maladie incurable.*

❖ Les traitements locaux

✓ Traitements antalgiques :

- La lidocaïne (Xylocaïne®) :

La xylocaïne ® en gel ou en nébuliseur est préférable à la crème EMLA qui procure des sensations de brûlure à l'application.

Sur la muqueuse vulvaire, l'effet anesthésiant est obtenu au bout de 10 mn pour une durée d'environ 30 mn.

L'application de xylocaïne® peut aider certaines patientes à juguler l'appréhension de la douleur au cours des rapports sexuels.

- Autres traitements locaux :

Les bains de siège à l'eau ainsi que les crèmes émoullientes (cold cream, cérat, huile d'amande douce...) ou cicatrisantes (jonctum, cicalfate...) ont un effet apaisant pour certaines patientes).

✓ Traitement local des affections locales susceptibles d'aggraver l'inconfort vulvaire :

- Pour les patientes ménopausées : un traitement d'apport en œstrogènes peut être proposé en cas d'atrophie vulvaire, source de sécheresse vulvo-vaginale.

(Exemple de traitements : colotrophine, trophicrème, physiogyne).

- En cas de candidose associée confirmée par un examen mycologique: un traitement antifongique local est prescrit soit en traitement épisodique lors des poussées soit en traitement préventif intermittent.

- Les lubrifiants sont utilisés pour remédier à la sécheresse vulvo-vaginale qui aggrave la douleur lors de la pénétration.

(Exemples : sensitube®, saugella® gel, KY® jelly)

❖ Les traitements médicaux

TRAITEMENT DE L'INCONFORT VULVAIRE

✓ **Antidépresseurs**

Certains anti-dépresseurs sont efficaces dans le traitement des douleurs neuropathiques. C'est par analogie qu'ils sont utilisés dans cette pathologie.

L'effet anti-douleur des anti-dépresseurs est indépendant de l'effet sur l'humeur.

Au cours des vulvodynies spontanées, la molécule la plus utilisée est l'amitryptiline (Iaroxyl). La dose moyenne préconisée est de 25 à 50 mg par jour à absorber le soir au coucher. Cette posologie est inférieure à celle prescrite pour obtenir un effet sur l'humeur. Le traitement est débuté à 5 mg par jour puis augmenté progressivement jusqu'à apparition d'une amélioration. Le traitement est poursuivi pendant 6 mois.

✓ **Antiépileptiques**

L'efficacité des antiépileptiques sur la composante fulgurante des douleurs neuropathiques a été démontrée. Le Clonazepam (Rivotril) ne doit pas être utilisé en cas d'insuffisance respiratoire. La dose initiale est de 0,5 mg (soit 5 gouttes) au coucher. Cette dose peut être progressivement augmentée jusqu'à 4 mg par jour.

Il n'y a pas d'études randomisées concernant la vulvodynie. Selon notre expérience, la tolérance est médiocre même à des doses faibles.

TRAITEMENT MEDICAUX DES PATHOLOGIES ASSOCIEES SUSCEPTIBLES D'AGGRAVER L'INCONFORT VULVAIRE

✓ **Traitements anti-infectieux**

Toute infection récidivante : herpès, candidose, infection urinaire, sera traitée car elle risque d'aggraver l'inconfort vulvaire. En cas de récurrences fréquentes, un traitement préventif sera proposé.

✓ **Traitement hormonal substitutif**

A la ménopause, un traitement oestrogénique peut être proposé pour réduire le risque de sécheresse vaginale causée par l'atrophie vulvo-vaginale due à une carence en œstrogènes.

Traitement psychotrope

En cas de syndrome dépressif ou anxieux, un traitement psychotrope est indiqué.

❖ **Autres traitements antalgiques**

La stimulation électrique nerveuse transvaginale a été testée favorablement sur 40 patientes (contre effet placebo) : les patientes qui ont reçu la stimulation électrique ont vu leur douleur durant les rapports diminuer de manière significative par rapport au groupe placebo.

❖ **La physiothérapie**

Les séances de rééducation périnéale consistant en des massages des muscles périnéaux et des exercices de biofeedback permettent de diminuer les tensions des

muscles périnéaux. Les massages périnéaux permettent également d'aider les patientes à moins appréhender le contact. Les résultats de la physiothérapie demandent à être confirmés par des études de plus grande envergure.

❖ La chirurgie

La vestibulectomie consiste à enlever la muqueuse vestibulaire douloureuse. Certains spécialistes y ont recours en cas d'échec des traitements médicaux. D'autres n'y ont pas recours. Les résultats positifs à court terme varient entre 60 et 95 %. Néanmoins, pour des raisons liées aux méthodologies utilisées pour évaluer les résultats des vulvodynies, il est difficile de quantifier quelle est la part d'amélioration apportée par la vestibulectomie et l'ensemble des autres traitements associés et quelle est la durée du résultat obtenu (suivi de courte durée).

❖ L'approche psychosexuelle

Une démarche d'éducation sexuelle peut s'avérer nécessaire pour permettre aux patientes de faire évoluer leur vision de la sexualité (par exemple comprendre que l'acte sexuel ne se limite pas au coït).

La vulvodynie peut s'inscrire dans un contexte de difficultés conjugales qui nécessitent le recours à une thérapie de couple.

Le recours à une psychothérapie peut être nécessaire afin d'apaiser la souffrance psychologique qui va de pair avec la douleur chronique et qui est à minima un facteur d'entretien de la douleur.

Les approches les plus recommandées sont les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale (TCC). Une étude randomisée portant sur 50 patientes a montré que les TCC étaient plus efficaces que les psychothérapies de soutien. Les thérapies d'inspiration analytique n'ont pas été évaluées.

5) Comment évolue la maladie dans le temps ?

L'évolution est variable d'une patiente à l'autre.

Selon notre expérience, certaines patientes guérissent du jour au lendemain sans explication médicale.

Certaines patientes atteintes de vestibulodynie provoquée ont pu guérir lors d'un changement de partenaire.

Selon une étude randomisée (97 patientes), plus le degré de « crainte évitement » de la douleur est élevé, plus le résultat des traitements est médiocre. A l'inverse, un degré élevé de confiance en ses capacités à vaincre la douleur est un élément prédictif d'efficacité.

Ce qu'il faut retenir

Les vulvodynies provoquées concernent généralement les jeunes femmes et ont un retentissement psychologique et sexuel majeur. Les vulvodynies spontanées affectent généralement des femmes plus âgées ; la douleur concerne soit toute la vulve, soit une zone précise de celle-ci. Dans certains contextes, le diagnostic différentiel avec la névralgie pudendale n'est pas toujours aisé.

De nombreuses inconnues persistent quant à l'*étiologie* (l'origine) des vulvodynies qui appartiennent aux « douleurs chroniques non identifiées », même si un évènement inaugural est souvent identifié. Néanmoins, des stratégies thérapeutiques, fondées sur une approche pluri-factorielle, peuvent être proposées aux patientes et conduire à des évolutions favorables dans le temps. La vulvodynie n'est donc pas une maladie incurable.

Dans les consultations spécialisées en pathologies vulvaires, la vulvodynie est le motif numéro 1 de consultation. Il semblerait que la fréquence des vulvodynies soit sous-estimée.

**Avec la contribution et la validation scientifique du Dr M. MOYAL-
BARRACCO**