

Gynécologie

Dyspareunie profonde et colposcopie

RÉSUMÉ : L'examen colposcopique est un examen de 2^e intention orienté par un frottis de dépistage anormal et dont la spécificité est améliorée par la sévérité du frottis de référence, un test HPV ou un double marquage P16+KI67. Il peut aussi être indiqué devant un antécédent de lésion traitée ou des métrorragies inexplicables avec un frottis normal.

Mais la colposcopie peut parfois être un examen de 1^{re} intention devant un col macroscopiquement inhabituel ou des signes d'appel cliniques parmi lesquels la dyspareunie profonde. Dans ce cas, les images colposcopiques vont enrichir la clinique et améliorer les performances diagnostiques.



H. BORNE
Cabinet de gynécologie, PARIS.

La dyspareunie est une douleur récurrente lors d'une tentative de rapport sexuel ou lors d'une pénétration. Elle affecterait près de 7,5 % des femmes sexuellement actives âgées de 16 à 74 ans [1]. Les dyspareunies profondes sont caractérisées par des douleurs ressenties au fond du vagin. Il s'agit d'un trouble sexuel dont la cause est le plus souvent organique.

On différencie les dyspareunies primaires, qui ont toujours existé, des dyspareunies secondaires, survenues après une période sans douleur. L'apparition progressive de la dyspareunie suggère une cause organique, alors qu'une apparition brutale – après avoir éliminé rapidement une cause organique – doit plutôt faire évoquer une origine psychologique [2].

Les causes organiques doivent toujours être recherchées avec soin, mais lorsqu'elles sont chroniques et répétitives, la part des facteurs psychiques est toujours importante à considérer et surtout à prendre en charge.

Le col cicatriciel

Après un traitement destructeur ou une conisation, des séquelles conjonctives

sont fréquentes. Associées à l'angoisse ressentie par la patiente du fait de la nécessité d'un traitement lié à la prévention d'un cancer, elles modifient la sensibilité cervicale (**fig. 1**).

La jonction est plus souvent endocervicale, l'épithélium rétractile avec une congestion sous-épithéliale et l'orifice cervical plus ou moins sténosé (**fig. 2**). Après conisation, une hypertrophie endocervicale avec protrusion des papilles endocervicales est fréquente (**fig. 3**) ainsi qu'une métaplasie de répa-

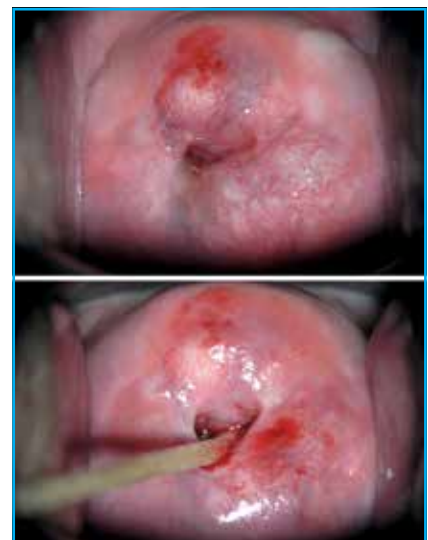


Fig. 1 : Post-traitement laser.

Gynécologie



Fig. 2 : Sténose du col.



Fig. 5 : Fibrome.

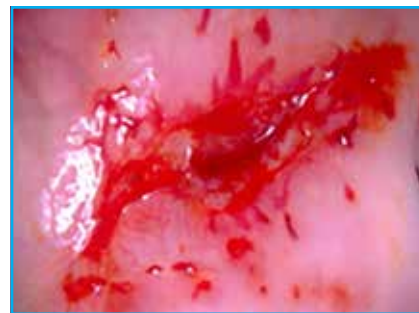


Fig. 7 : Endométriose secondaire.



Fig. 3 : Post-conisation : protrusion endocervicale.



Fig. 4 : Cicatrisation métaplasique.

ration dont le diagnostic différentiel avec une récurrence est difficile (fig. 4).

La dyspareunie post-irradiation est liée à la rétraction des tissus atrophiques et fragilisés.

Le fibrome accouché par le col

Ayant perdu sa couverture endométriale, la partie accouchée du fibrome a une surface lisse, rouge, souvent hémorragique

avec parfois des zones de nécrose plus foncées. Il s'agit d'une masse ferme et régulière du fond vaginal masquant l'orifice externe et permettant d'évoquer le diagnostic (fig. 5).

L'endométriose

L'endométriose congénitale apparaît sous forme de macules rouge foncé, très peu acidophiles et iodo-positives, sur un col par ailleurs sain (fig. 6). L'endométriose superficielle fait le plus souvent suite à une greffe au niveau d'un stroma mis à nu par un traumatisme lors de la menstruation. Enfin, les endométrioses secondaires se présentent la plupart du temps en plaques rouge foncé autour de l'orifice cervical, saignant facilement au contact et de façon pathognomonique durant les règles (fig. 7).

Il est donc indispensable de traiter un col en 1^{re} partie du cycle et de reculer artificiellement la période menstruelle sui-

vante jusqu'à la cicatrisation complète. L'endométriose peut également se voir sous forme de nodules des culs-de-sac vaginaux avec une symptomatologie qui s'intensifie en période menstruelle.

L'atrophie cervico-vaginale

La plupart des modifications anatomiques et physiologiques associées au syndrome génito-urinaire de la ménopause sont la conséquence directe de la baisse de sécrétion des estrogènes. Cette diminution entraîne un amincissement et une déglycogénisation de l'épithélium vaginal [3].

Chez la femme ménopausée non substituée, l'atrophie cervicale se manifeste par une coloration rose pâle et un effacement plus ou moins marqué du relief cervical. Les vaisseaux du chorion sous-jacent sont très visibles sous l'épithélium aminci. Par ailleurs, des pétéchies liées à la fragilité de l'épithélium ainsi que des



Fig. 6 : Endométriose.



Fig. 8 : Atrophie.

ulcérations apparaissent au moindre contact, ce qui donne au tableau colposcopique un aspect péjoratif. Il est donc indispensable de substituer une femme ménopausée adressée en colposcopie par 10 jours d'estrogénothérapie afin d'optimiser les performances de cet examen (**fig. 8**).

■ L'infection

Une infection se traduit volontiers par une plainte de type dyspareunie profonde. Outre la présence de leucorrhées qui ne sont pas toujours typiques, la réaction inflammatoire de l'épithélium malpighien se traduit par différents types de colpites reconnaissables après acide acétique et surtout après lugol : les colpites maculaires (**fig. 9**) ou papulaires (**fig. 10**).

Dans la chlamydiose (**fig. 11**) ou la gonococcie (**fig. 12**), l'inflammation se traduit par une congestion et une turgescence vasculaire au sein de l'épithélium cylindrique.

Lors d'une infection, il peut exister des érosions traduisant une disparition de

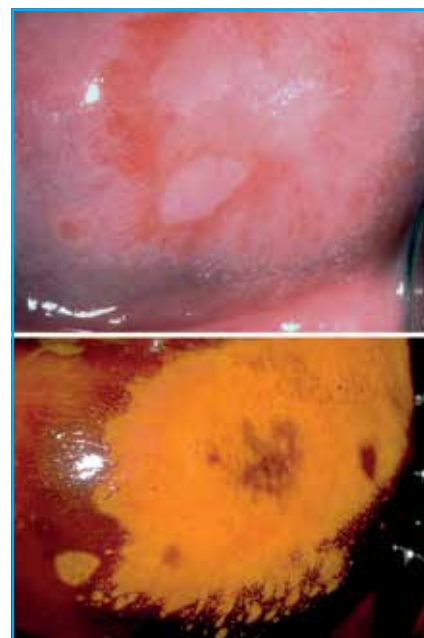


Fig. 9 : Colpите maculaire.

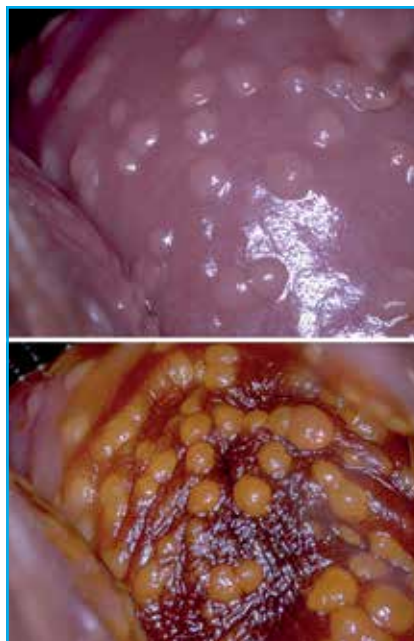


Fig. 10 : Colpите papulaire.



Fig. 11 : Chlamydiose.



Fig. 12 : Gonococcie.

l'épithélium sans atteinte du chorion sous-jacent : toutes les infections aiguës ou chroniques peuvent entraîner une érosion. Le diagnostic différentiel se fait avec l'érosion dystrophique par atrophie, traumatique lors de la pose du spéculum, ou avec une lésion de haut grade ou invasive.

Les ulcérations, quant à elles, entament le chorion et se rencontrent au cours de la syphilis ou de la tuberculose (**fig. 13**). Point important : érosion ou ulcération sont isolées dans un contexte infectieux, ce qui n'est pas le cas dans le tableau colposcopique des lésions de haut grade ou invasives qui révèle une acidophilie suspecte permettant le diagnostic.

La primo-infection herpétique s'accompagne d'un tableau symptomatique évocateur avec douleurs, dysurie, fièvre, ganglions inguinaux. Le tableau colposcopique est parfois impressionnant (**fig. 14 et 15**).



Fig. 13 : Tuberculose.



Fig. 14 : Primo-infection herpétique.

Gynécologie

POINTS FORTS

- Devant une dyspareunie profonde, l'examen gynécologique doit être très minutieux.
- Le colposcope peut s'avérer très utile mais l'essentiel réside en une écoute bienveillante associée à l'analyse fine de la symptomatologie.
- Il est indispensable de ne traiter un col qu'en 1^{re} partie du cycle et de reculer artificiellement la période menstruelle suivante jusqu'à cicatrisation complète afin d'éviter une endométriose secondaire.



Fig. 15 : Primo-infection herpétique.



Fig. 17 : Adénocarcinome.

■ Les cancers invasifs

Les lésions de haut grade sont malheureusement très longtemps asymptomatiques. Les cancers invasifs se traduisent le plus souvent par des métrorragies avant l'apparition d'une dyspareunie profonde. Le tableau colposcopique est alors très péjoratif avec congestion



Fig. 16 : Cancer épidermoïde.

intense, acidophilie terne et épaisse disparaissant le plus souvent totalement devant des zones rouges faites d'ulcérations, de nécroses et d'hypervascularisation atypiques (fig. 16). L'aspect sera bourgeonnant, en particulier dans les adénocarcinomes invasifs (fig. 17).

■ Conclusion

Devant une femme qui se plaint de dyspareunie profonde, l'examen gynécologique doit être très minutieux. Les anomalies ne sont trouvées, quand elles existent, que par celui qui les cherche, éventuellement au colposcope. Les plaintes répétées sont aussi une forme camouflée d'agression contre les autres (les parents, le mari, mais aussi le médecin...) ou soi-même [4].

Ce qui semble prédisposer à la douleur génitale chronique, c'est la concordance

dans le temps entre une lésion initiale et une tension émotionnelle due à un autre événement (rupture sentimentale, deuil...). À chaque tension inexprimable, cet organe devenu cible risque de se manifester à nouveau par des douleurs. Ainsi, les femmes qui ont subi des abus sexuels dans l'enfance souffrent beaucoup plus fréquemment que les autres de douleurs gynécologiques chroniques [5] d'intensité souvent amplifiée par rapport à l'anomalie organique. L'expérience de la douleur, qui peut être une défense intrapsychique contre l'angoisse, exprime ainsi un besoin d'aide.

Le colposcope n'est pas *a priori* l'outil indispensable dans le contexte d'une dyspareunie profonde mais l'expérience séméiologique, associée à une écoute bienveillante, se traduit le plus souvent par une efficacité tant diagnostique que thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEE NMW, JAKES AD, LLOYD J *et al.* Dyspareunia, *BMJ*, 2018;361 :k2341.
2. MITCHELL KR GEARY R, GRAHAM CA *et al.* Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey, *BJOG*, 2017;124:1689-1697.
3. MIMOUN S. Traité de Gynécologie-Obstétrique Psychosomatique. Flammarion Médecine, *Sciences*, 1999.
4. MITCHELL CM, SRINIVASAN S, PLANTINGA A *et al.* Associations between improvement in genitourinary symptoms of menopause and changes in the vaginal ecosystem. *Menopause*, 2018;25:500-507.
5. SZACZ T. Douleur et plaisir. Payot, 1986.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.