Pathologie vulvaire

Pathologies spécifiques des muqueuses génitales chez la femme : focus sur les dyspareunies superficielles

RÉSUMÉ : Les pathologies vulvaires sont une source fréquente de dyspareunie superficielle. Cela pose un double problème au dermatologue qui doit :
– faire le bon diagnostic dermatologique devant une patiente qui vient pour dyspareunie, ne pas considérer l'examen comme normal et résumer cette douleur à des causes psychologiques ;
– à l'inverse, savoir questionner une patiente initialement venue pour une pathologie vulvaire sur sa vie sexuelle et sur le retentissement de l'affection sur la qualité de ses rapports car de nombreuses patientes ne l'évoquent pas spontanément.
Le traitement étiologique constitue toujours la première ligne de la prise en charge, mais il est souvent rapidement nécessaire d'élargir les investigations et la prise en charge vers une orientation plus générale, de rechercher d'autres syndromes douloureux ainsi que des troubles psychologiques ou sexuels, et d'évoquer une vulvodynie associée.
Il est également important de connaître les bonnes indications de la kinésithérapie et de la chirurgie.

C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred Fournier, PARIS.

Les dyspareunies affectent 8 à 22 % des femmes à un moment au cours de leur vie. Les causes en sont multiples (biologiques, psychosexuelles, liées au contexte ou au couple).

Dans cet article, nous allons présenter diverses causes de dyspareunies susceptibles d'être détectées lors de l'examen vulvaire dermatologique. Nous n'aborderons pas en détail les vulvodynies : elles ont été parfaitement décrites, expliquées et résumées dans un article récent de Sandra Ly paru dans *Réalités Thérapeutiques en Dermatologie* (n° 260, mars 2017). Pour rappel, la définition des vulvodynies est la suivante : inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures, apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique. On distingue aujourd'hui les formes généralisées ou localisées, les formes provoquées par le toucher ou spontanées. Ainsi, les anciennes vulvodynies essentielles dysesthésiques deviennent des vulvodynies généralisées spontanées. Le terme de vestibulite a été abandonné et correspond à une vestibulodynie provoquée.

Reconnaître et nommer l'affection est le premier pas dans la prise en charge thérapeutique, quel que soit le terme employé. Les vestibulodynies provoquées représentent la cause la plus fréquente de dyspareunie chez les femmes de moins de 50 ans. Dans 20 % des cas, il s'agit d'une dyspareunie primaire, ce qui représente un facteur de gravité. Leur physiopathologie n'est pas totalement élucidée mais elle fait intervenir un mécanisme de douleur neuropathique. Leur prise en charge doit être multidisciplinaire et associer des traitements locaux, une prise en

Pathologie vulvaire

charge physique à l'aide de séances de kinésithérapie, de relaxation périnéale et un abord psycho-sexologique le plus souvent possible.

La pathologie vulvaire peut être responsable de dyspareunies superficielles (douleur à la pénétration) mais pas de dyspareunies profondes (douleurs au fond du vagin) (sauf le lichen plan érosif [LPE]) qui sont davantage du ressort gynécologique. Cette topographie est importante à faire préciser lors de l'interrogatoire.

Des études épidémiologiques ont montré qu'avant 50 ans la cause principale était la vestibulodynie provoquée (famille des vulvodynies) et qu'après 50 ans c'était surtout l'atrophie vulvo-vaginale post-ménopausique. À tout âge, des causes locales infectieuses, dermatologiques, anatomiques peuvent être responsables, parfois associées entre elles et à des vulvodynies.

Environ la moitié des femmes ayant des symptômes vulvo-vaginaux chroniques connaissent des troubles de la fonction sexuelle, ce qui représente une incidence deux fois plus élevée que la population générale.

L'interrogatoire

Par expérience, les patientes ont du mal à exprimer avec précision et spontanément leurs symptômes vulvaires, à les localiser, très certainement en raison d'un manque d'informations sur leur anatomie et leur physiologie. Tout symptôme vulvaire est source de questionnements, d'embarras, d'angoisse quant à la répercussion sur le reste des organes génitaux (problème de fertilité pour les plus jeunes ?), la possibilité d'une origine infectieuse ("*Où ai-je attrapé cela, docteur ? est-ce une MST ? est-ce contagieux ?*"), la crainte que ce soit potentiellement cancéreux (internet est un grand pourvoyeur de craintes de ce type car toute information sur le lichen scléreux [LS] et les pathologies HPV-induites fait le lien direct avec le cancer).

De même, les patientes abordent rarement la répercussion sur la qualité de leurs rapports sexuels (douleur, sécheresse, perte de libido…) car elles viennent consulter un(e) dermatologue pour un problème cutané vulvaire et non *a priori* pour discuter de leur vie intime et sexuelle.

Le rôle du médecin spécialiste consulté est donc de tenter d'obtenir le plus d'informations possible dès l'interrogatoire. Pour cela, il doit donc aider la patiente à décrire ses symptômes et aborder dans tous les cas (mycose, sécheresse, dermatose…) un éventuel retentissement sur les rapports sexuels (RS).

En cas de dyspareunie, il faut préciser si la douleur apparaît dès le début de la pénétration (dyspareunie d'intromission), s'estompe durant le RS ou non, est aggravée lors de l'éjaculation, persiste après la fin du RS et, si oui, combien de temps. Si l'on veut aller plus loin, des questions sur la présence de libido, de plaisir et/ou d'orgasme peuvent être posées.

En effet, il est très fréquent que la pathologie vulvaire entre dans un cercle vicieux et l'expérience prouve que ce n'est qu'en abordant ces deux aspects que la patiente pourra être soulagée de façon pérenne. Dans toutes les pathologies que nous allons aborder, il ne faut pas oublier que la douleur peut être liée à une contracture réflexe (vaginisme) ou à une vestibulodynie provoquée (VDP), soit indépendante, soit en lien avec le "stress" provoqué par la maladie. Ainsi, quel que soit le motif de la consultation, si une dyspareunie est décelée à l'interrogatoire, il est utile de rechercher une VDP. Dès l'interrogatoire, il est très utile de demander si la douleur a précédé l'affection qui amène la patiente à consulter (dyspareunie avant l'accouchement, avant le début de la dermatose ou de la mycose, voire depuis le premier RS).

L'examen clinique

L'examen clinique vulvaire recherche une cause dermatologique infectieuse ou anatomique. En cas de dyspareunie, il sera particulièrement méticuleux sur le vestibule et l'hymen à la recherche de fissures de l'hymen (QS) par exemple, très difficiles à déceler lors de l'examen de routine. Il sera complété par le test du Coton-Tige ou par un simple effleurement du vestibule avec le doigt. Une douleur provoquée sur un vestibule apparemment normal doit faire évoquer une forme de vulvodynie (VDP) associée à l'affection vulvaire et commencer une prise en charge spécifique parallèle de la pathologie vulvaire [1].

Les fissures

Les fissures vulvaires s'observent fréquemment et sont une source de dyspareunie, quel que soit leur siège (antérieur, latéral ou postérieur). Dans une étude prospective faite à l'Institut Alfred Fournier, j'ai colligé 88 cas consécutifs de fissures vulvaires. Les étiologies des fissures étaient les suivantes : psoriasis 25 %, lichen scléreux 24 %, candidoses vulvo-vaginales récidivantes (CVVR) 18 %, lésions induites par des papillomavirus 10 %, fissures hyménéales 7 %, divers 14 cas (lichen plan = 2, herpès = 3, bride postérieure = 2, infection à *Gardnerella vaginalis* = 2, allergie au sperme = 1, fragilité vulvaire post-isotrétinoïne = 1, post-tamoxifène = 1, trichomonas = 1, fissures isolées = 1). La fréquence de la dyspareunie était de 100 % pour les fissures hyménéales et les lésions HPV-induites, 70 % pour le lichen scléreux et les candidoses récidivantes, 30 % pour le psoriasis.

1. Les fissures hyménéales

Elles sont très importantes à détecter car leur traitement est très efficace. Elles surviennent brutalement lors d'un RS et se recréent ensuite à chaque tentative, même après plusieurs semaines d'abs-

Fig. 1 : Fissure de l'hymen.

tinence et de soins cicatrisants. Elles apparaissent sous la forme de fissures profondes et horizontales débutant à l'insertion de l'hymen et s'étendant sur le vestibule (***fig. 1***). Leur origine est mécanique (vaginisme, RS plus prolongé, changement de partenaire…). Le premier traitement repose sur la prescription de séances de relaxation périnéale auprès de kinésithérapeutes spécialisés. Cela n'est pas toujours suffisant et il ne faut alors pas tarder à faire pratiquer des incisions radiaires chirurgicales de l'hymen avec ablation des fissures. La reprise des RS est possible 4 à 6 semaines après l'intervention.

2. Les fissures de la fourchette postérieure

Ces fissures, souvent superficielles, déclenchées par les RS et cicatrisant en quelques jours, sont tantôt asymptomatiques, tantôt douloureuses. Si elles ne siègent pas sur une muqueuse pathologique (dermatose, candidose) elles ne sont pas significatives : leur prise en charge est la même que celle des vulvodynies classiques. Des injections d'acide hyaluronique de la fourchette postérieure sont parfois ajoutées à cette prise en charge.

Les grandes étiologies

1. Causes dermatologiques

Au cours des dermatoses vulvaires, les symptômes à type de brûlures, de tiraillements, de prurit, de sensations de fissure et de douleurs aux rapports sexuels sont souvent pris en charge de manière "globale" sans attention spécifique à chaque plainte et en particulier sans aborder et/ou prendre en charge la dyspareunie. Pourtant, les dermatoses vulvaires sont de grandes pourvoyeuses de dyspareunie et de détresse sexuelle [2]. Une étude récente regroupant 77 patientes atteintes de LPE (17), de LS (48) et d'autres dermatoses (12) a montré des scores élevés de détresse sexuelle chez 69 % des patientes avec LPE, 63 % avec LS et 56 % avec les autres dermatoses. Ces scores étaient corrélés à des degrés élevés d'anxiété/dépression et d'altération de la qualité de vie.

Les modifications esthétiques de la vulve sont également à prendre en compte : certaines patientes ressentent une gêne, une honte voire un dégoût face aux modifications de leur vulve (dépigmentation, taches pigmentaires, atrophie…). La mode actuelle de l'épilation intégrale augmente cette gêne.

● *Lichen scléreux*

Les causes des dyspareunies au cours du lichen scléreux (LS) sont nombreuses :
– sécheresse globale, des petites lèvres, du périnée ;
– perte d'élasticité avec création de fissures superficielles latérales et de la fourchette postérieure ;
– rétrécissement de l'orifice vaginal lié à la présence de bride postérieure (fourchette) (***fig. 2***) ou antérieure (vestibule antérieur sous le clitoris) qui crée un obstacle mécanique à la pénétration et peut se rompre en provoquant des fissures parfois très profondes ;
– synéchie du capuchon clitoridien et encapuchonnement du clitoris qui crée des tensions douloureuses lors des frottements et parfois des abcès très douloureux du clitoris ;
– localisation vestibulaire du LS lui-même ;
– présence d'une plaque leucoplasique épaisse de la fourchette postérieure par exemple (avec ou sans VIN différenciée) qui se fissure lors des RS.

Fig. 2 : Bride postérieure sur LS.

Le LS influence également tous les domaines de la sexualité et est responsable de détresse sexuelle. Les femmes atteintes de LS ont une activité sexuelle moins fréquente et moins satisfaisante [3]. Dans une étude totalisant 335 patientes, celles avec LS rapportaient une activité sexuelle jamais ou rarement satisfaisante dans 24 % des cas *vs* 0 % chez les contrôles et 7 % en cas de CVVR.

Concernant le traitement, en plus du classique traitement dermocorticoïde, la prescription de topiques hydratants, cicatrisants et lubrifiants peut diminuer la dyspareunie. Cependant, le traitement médical ne règle pas tout : même après traitement avec le clobétasol pendant 3 mois, lequel diminue significativement la dyspareunie, beaucoup de femmes

Pathologie vulvaire

connaissent encore des troubles et une détresse sexuelle.

Les brides antérieures et postérieures peuvent être assouplies par des séances auprès de kinésithérapeutes spécialisés dans la relaxation périnéale. Cependant, une chirurgie (périnéotomie, vestibuloplastie) est souvent nécessaire. L'encapuchonnement clitoridien peut également être levé chirurgicalement. Une courte étude (8 patientes avec phimosis clitoridien induit par un LS) a montré que la chirurgie avait entraîné une amélioration des sensations et de la fonction sexuelle. Une autre concernant 19 femmes toutes opérées par vestibuloplastie avec avancement du mur vaginal postérieur, 4 avec une vestibuloplastie antérieure et 4 avec une correction de phimosis clitoridien complémentaires, a montré une amélioration de la dyspareunie dans 69 % des cas (disparition totale 21 %, amélioration 47 %). Les auteurs insistent sur la nécessité d'un bilan sexologique préalable (si possible en couple) afin d'éliminer les patientes avec vaginisme et/ou vulvodynie qui ne seront pas améliorées (voire dont les symptômes seront aggravés) par la chirurgie.

• *Lichen plan érosif*

Le lichen plan érosif (LPE) est toujours douloureux. C'est souvent la douleur au moindre toucher, voire l'impossibilité de tout RS (apareunie) qui conduit les patientes à consulter. Cette douleur est directement liée à l'érosion/atrophie de la muqueuse vestibulaire et parfois vaginale (examen au spéculum indispensable).

Le LPE peut évoluer vers une atrophie des petites lèvres et des synéchies, des brides antérieures et postérieures, un rétrécissement de l'orifice vaginal parfois profond avec obstruction.

En complément du traitement vulvaire, le traitement vaginal est ici indispensable avec corticothérapie locale, kinésithérapie et parfois dilatateurs, voire chirurgie des adhésions vaginales.

• *Psoriasis*

Le psoriasis est connu pour altérer la qualité de vie mais il altère également la qualité de vie sexuelle : 45 % des patientes se plaignent de douleurs quotidiennes et presque 30 % de dyspareunie. Cette qualité de vie sexuelle est d'autant plus altérée qu'il existe une atteinte vulvaire (38 à 56 %) [4].

Les rapports sexuels (*via* le frottement et le phénomène de Koebner) aggravent le prurit et activent le psoriasis.

Les fissures antérieures, latérales et postérieures de la dermatose participent à la dyspareunie

• *Atrophie vulvaire post-ménopausique*

L'atrophie vulvaire post-ménopausique (appelée aujourd'hui syndrome génito-urinaire de la ménopause [SGUM]) est la cause la plus fréquente de dyspareunie après la ménopause. Les traitements du cancer du sein ou l'arrêt de l'hormonothérapie substitutive à cette occasion provoquent des douleurs similaires. Ce syndrome associe des sensations de sécheresse, de brûlures, de tiraillements, de prurit, un manque de lubrification et des symptômes urinaires. À l'examen, la vulve est pâle, sèche, atrophique, avec parfois des zones purpuriques et un certain degré d'atrophie (***fig. 3***). L'examen vaginal est similaire.

Fig. 3 : Atrophie vulvaire post-ménopausique.

Des soins hydratants vulvaires et vaginaux, neutres ou à base d'acide hyaluronique par exemple, sont très bénéfiques. En l'absence de contre-indication, l'association d'une hormonothérapie locale amplifie les effets du traitement.

• *Syndrome sec*

Une dyspareunie chronique avec un examen vulvaire normal, faisant donc porter le diagnostic de vulvodynie, peut en fait cacher un syndrome sec comme l'a montré une étude de S. Sellier en 2006 avec une fréquence très élevée (45 % parmi 22 patientes) ; 90 % d'entre elles souffraient de xérostomie ou xérophtalmie. Les émollients se sont révélés peu efficaces et la pilocarpine a été tentée chez quelques patientes.

2. Causes infectieuses

Les infections vulvo-vaginales sont responsables de dyspareunie au moment des poussées. De même, plus le nombre d'infections urogénitales préalables est élevé (condylomes, trichomonas, candidoses, cystites), plus le risque de développer des vulvodynies augmente (RR [risque relatif] de 1,3 pour un type d'infection et de 8,3 pour 3 ou plus).

• *Candidoses vulvo-vaginales récidivantes*

Les candidoses vulvo-vaginales récidivantes (CVVR) sont sources de dyspareunie en raison de l'inflammation vaginale

et vulvaire, des leucorrhées irritantes, des fissures vulvaires et de la sécheresse dans les formes chroniques.

Dans une étude épidémiologique européenne et américaine interrogeant 620 patientes souffrant de CVVR, la fréquence de la dyspareunie variait entre 43 et 62 % des cas. Ce taux est de 64 % dans une étude chinoise récente [5].

Les CVVR sont également un facteur de risque de vulvodynie : 42 à 60 % des patientes présentant une vestibulodynie provoquée ont des antécédents de CVVR contre 5 à 8 % chez les contrôles (RR de 4 selon certaines études).

Des études menées chez la souris ont montré que *C. albicans* provoque une allodynie vulvaire chez la souris en multipliant les nerfs sensitifs (300 %) dès le premier contact avec persistance pendant 3 semaines. En d'autres termes, des candidoses récidivantes peuvent être responsables de douleurs aux rapports pendant très longtemps.

- ***Vaginoses bactériennes***

Les vaginoses bactériennes (VB) sont parfois responsables de fortes douleurs aux rapports : c'est souvent le seul symptôme d'appel. Elles représentent également un facteur de risque de vulvodynie encore plus intense que les CVVR (RR de 22).

- ***Herpès récidivant***

Les poussées sont souvent douloureuses mais elles ne persistent pas. En dehors de la forme clinique classique en bouquet vésiculo-pustuleuse, l'herpès récidivant peut se manifester par l'apparition intermittente d'une fissure unique (***fig. 4***). Par conséquent, si une patiente souffre d'une dyspareunie intermittente, il est absolument indispensable de lui prescrire un prélèvement viral local en cas de poussée ou de la convoquer pour un examen clinique. En effet, cette hypothèse diagnostique est trop souvent soulevée sans

Fig. 4 : Herpès fissuraire.

aucune preuve, ce qui accroît l'anxiété des patientes.

3. Causes anatomiques/mécaniques

- ***Les brides sur LS ou LPE*** ont été évoquées dans les chapitres correspondants.

- ***Les fissures hyménéales*** ont été abordées dans le chapitre "Fissures".

- ***L'excision*** est une source fréquente de dyspareunie, mais pas de manière systématique et la douleur est souvent d'origine très complexe. Des avis spécialisés sont nécessaires.

- ***Dyspareunie du post-partum***

La dyspareunie du *post-partum* est très fréquente avec des chiffres variables selon les études. Globalement, 52 % des femmes se plaignent de dyspareunie 8 semaines après l'accouchement et 25 % ont encore des douleurs 1 an après. Plus en détails, les chiffres sont de 17 à 45 % à 6 mois, 8 à 33 % entre 1 an et 18 mois [6].

Les cicatrices d'épisiotomie sont souvent considérées comme responsables dans un premier temps (***fig. 5***). Une prise en charge par physiothérapie est souvent proposée. Un avis chirurgical peut même être demandé. Cependant, les études épidémiologiques ne retrouvent pas l'épisiotomie comme facteur de risque de dyspareunie et il est essentiel d'évoquer parallèlement le développement d'une vulvodynie, la reprise des RS étant parfois compliquée avec sécheresse vaginale, perte de la libido, fatigue intense, voire dépression et réactivation/aggravation d'une vulvodynie ancienne pour laquelle la patiente n'avait jamais consulté.

Les autres facteurs de risque de dyspareunie du post-partum sont un accouchement traumatique, avec forceps, l'allaitement prolongé 6 mois, les troubles urinaires et les violences du partenaire.

Les facteurs psychosociaux de cette dyspareunie ne sont aujourd'hui encore pas assez pris en compte alors que 41 à 83 % des femmes ont des troubles de la fonction sexuelle entre 2 et 3 mois après l'accouchement.

Fig. 5 : Dyspareunie du post-partum (cicatrice d'épisiotomie).

Pathologie vulvaire

Fig. 6 : Hymen en pont.

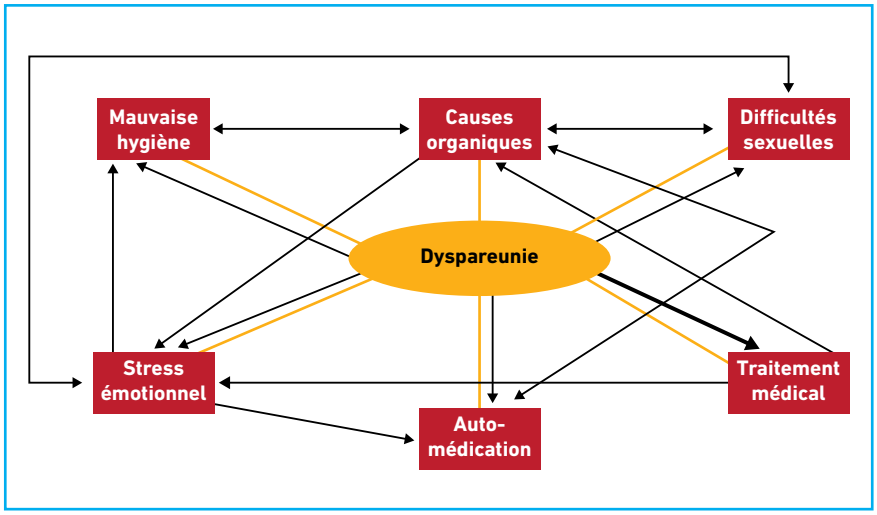

Fig. 7.

• *Pathologies de l'hymen*

Les pathologies de l'hymen sont peu connues des dermatologues et souvent responsables de dyspareunie primaire (dès le premier RS). Cela peut être :
– un hymen en pont (avec une languette qui barre l'entrée du vagin et qui s'étire douloureusement quand la pénétration est possible) (***fig. 6***) ;
– un hymen hyper-élastique qui ne s'est pas rompu lors du premier RS, s'épaissit avec le temps et finit pas créer un obstacle ;
– une imperforation hyménéale qui bouche partiellement l'entrée du vagin et rend généralement toute pénétration complète impossible. Le traitement est chirurgical.

Conclusion

Les mécanismes des dyspareunies sont souvent complexes (***fig. 7***). Presque toutes les affections vulvaires peuvent provoquer une dyspareunie. Une prise en charge beaucoup plus globale que celle à laquelle la patiente s'attendait peut l'aider à devenir actrice, partenaire de son programme thérapeutique. Elle peut l'aider à diminuer ses peurs et contribuer à son bien-être vulvaire et sexuel à long terme.

En plus du traitement de la pathologie, si la dyspareunie persiste, une prise en charge comprenant des séances de relaxation périnéale auprès de kinésithérapeutes spécialisés est extrêmement bénéfique.

De même, les indications chirurgicales doivent être bien connues. Dans mon expérience, elles peuvent diminuer non seulement la dyspareunie mais aussi la fréquence des récidives de certaines affections comme les candidoses vulvo-vaginales récidivantes.

Enfin, la prise en charge globale pourra également améliorer la fréquence des RS, diminuer la peur de la douleur, accroître l'intimité et le bien-être du couple.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Belilovsky C. Point 2013 sur les vulvodynies. *Gyn Obst Fertil*, 2013;41:505-510.
2. Kellogg Spadt S, Kusturiss E. Vulvar Dermatoses: A Primer for the Sexual Medicine Clinician. *Sex Med Rev,* 2015;3:126-1366.
3. Haefner HK, Aldrich NZ, Dalton VK *et al.* The impact of lichen sclerosus on sexual dysfunction. *J Womens Health,* 2014;23:765-770.
4. Meeuwis K, de Hullu JA, Massuger LF *et al.* Genital Psoriasis: A Systematic Literature Review on this Hidden Skin Disease. *Acta Derm Venereol,* 2011;91:5-11.
5. Zhu YX, Li T, Fan SR *et al.* Health-related quality of life as measured with the Short-Form 36 (SF-36) questionnaire in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Health Qual Life Outcomes,* 2016;14:65.
6. Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev,* 2016;4:126-135.

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