

REVUES GÉNÉRALES

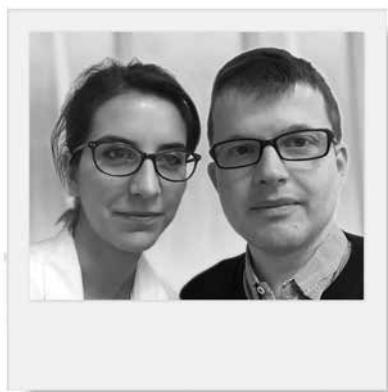
Pathologie vulvaire

Prise en charge des vulvodynies

RÉSUMÉ : Les vulvodynies sont définies comme un “inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable”. Le gynécologue a un rôle central d'identification de cette pathologie mal connue et sous-diagnostiquée. Il coordonne la prise en charge multidisciplinaire (qui sera longue), en ayant à l'esprit que les patientes ont derrière elles un long périple de consultations médicales diverses avec la prescription de nombreux traitements topiques inappropriés.

La vestibulodynie provoquée, qui est la forme la plus fréquente de vulvodynie et l'apanage de la femme jeune, est déclenchée par un stimulus qui ne devrait pas être algique. Les patientes décrivent surtout une dyspareunie d'intromission. Les principaux diagnostics différentiels sont le vaginisme et la névralgie pudendale.

La prise en charge comprend des antidépresseurs tricycliques à doses antalgiques, une kinésithérapie (*biofeedback*) et une psychothérapie. Si les patientes sont résistantes à la première ligne thérapeutique, de nouvelles thérapeutiques sont encore à l'étude (toxine botulique A).



F. PELLETIER, E. DEVEZA

Consultation spécialisée
de pathologie vulvaire,
CHRU, BESANÇON.

Le gynécologue a un rôle central dans la prise en charge des vulvodynies. En effet, il doit en premier lieu éliminer une douleur vulvaire liée à une cause spécifique : cause inflammatoire (lichen), néoplasique (carcinome), infectieuse (herpès) ou neuropathique (zona). Le dermatologue coordonnera la prise en charge multidisciplinaire, qui sera longue, en ayant à l'esprit que les patientes ont souvent derrière elles un long périple de consultations médicales diverses, avec de nombreuses prescriptions de traitements topiques inappropriés.

Les vulvodynies sont définies comme un “inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable” par l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD) [1]. Même si les premières publications médicales au sujet des douleurs vulvaires expliquées remontent à une quarantaine d'années, il est intéressant de constater

que des historiens avaient noté que la favorite du roi Louis XV, la marquise de Pompadour, avait peu d'intérêt pour les relations intimes et qu'elle “manquait d'allant” selon le roi. En effet, la marquise avait mal là où le roi s'aventurait, c'est-à-dire qu'elle avait des douleurs vulvaires. Dans son livre, Henri de Romèges rapporte qu'en prévision de rapports sexuels, la marquise s'enduisait de graisse d'oie parfumée à la cannelle, malheureusement sans effet sur les symptômes douloureux [2].

L'ISSVD a aussi proposé, depuis 2003, une terminologie et une classification des douleurs vulvaires. Parmi les douleurs vulvaires non liées à une douleur spécifique, c'est-à-dire les vulvodynies, on distingue les vulvodynies diffuses (s'étendant à l'ensemble de la vulve) des vulvodynies localisées à une zone anatomique (vestibulodynies, hémivestibulodynies ou clitoridodynies) [1]. Les vulvodynies sont provoquées par les rapports sexuels (dyspareunies orificielles principalement), mais aussi

par l'insertion d'un tampon ou le port de vêtements serrés... Elles peuvent également être spontanées ou mixtes.

Les vulvodynies sont mal connues et sous-diagnostiquées. Seulement 2 % des patientes ont eu connaissance de leur pathologie par un médecin avant que le diagnostic ne soit posé par un spécialiste [3]. La durée moyenne des douleurs est de 12 ans. Dans notre expérience, le délai diagnostique moyen était de 4,65 ans. Mais il s'agit du motif de consultation le plus fréquent chez les spécialistes en pathologie vulvaire. Selon les différentes études, leur prévalence est comprise entre 3 et 18 % [4]. Elles peuvent atteindre les femmes de tout âge, mais la vestibulodynie provoquée est l'apanage de la femme jeune: elle constitue la première cause de dyspareunie chez la femme de moins de 30 ans. La prévalence est aussi deux fois plus élevée chez les femmes caucasiennes que noires [3]. Cette pathologie concerne également les femmes en couple, avec un haut niveau d'études et actives professionnellement [3].

Le diagnostic de la vestibulodynie provoquée, qui est la forme la plus fréquente de vulvodynie, est un diagnostic clinique. Devant un antécédent de douleur déclenchée à l'entrée du vagin par un stimulus (rapport sexuel, pose d'un tampon, port d'un vêtement trop serré...) qui ne devrait pas être algique, définissant ainsi une allodynie, on doit rechercher cliniquement une vestibulodynie provoquée. Les patientes décrivent à l'interrogatoire des symptômes à type de brûlure vulvaire, d'inconfort vulvaire, voire de déchirement ou de sensation de muqueuse "à vif". Ces symptômes sont le plus souvent déclenchés, mais ils peuvent survenir de façon spontanée. Les patientes décrivent surtout une dyspareunie d'intromission, qui peut altérer de façon considérable la fonction sexuelle, allant parfois jusqu'à l'interruption complète de tout rapport. Chez une patiente installée en position



FIG. 1: Érythème vestibulaire en regard des glandes de Bartholin.

gynécologique, la douleur est reproduite par la pression peu appuyée d'un Coton-Tige en regard de l'orifice des glandes de Bartholin de part et d'autre du vestibule à 5 et 7 heures. L'effleurement du vestibule avec un Coton-Tige entraîne chez ces patientes une contraction réflexe des certains muscles du périnée que l'on peut qualifier d'"éréthisme vulvaire" [5]. La présence d'un érythème localisé en regard des glandes de Bartholin est possible mais inconstant (**fig. 1**). La recherche d'une atteinte musculaire associée est indispensable. Les muscles bulbo-spongieux, transverses profonds et les faisceaux pubo-vaginaux des muscles releveurs de l'anus peuvent être impliqués [5]. L'examen des territoires sensitifs tronculaires et radiculaires des régions pubienne, vulvaire et périnéale est normal.

La vestibulodynie est souvent précédée d'épisodes de candidoses vulvo-vaginales ou d'autres infections locales. Les vulvodynies s'accompagnent souvent de cystalgies à urines claires, de fibromyalgie, d'un syndrome de fatigue chronique ou de syndrome du côlon irritable [6]. La biopsie vulvaire n'a pas de place dans le diagnostic positif de vulvodynie ou de vestibulodynie provoquée, car il n'existe pas de critères histologiques.

En cas de vulve d'aspect normal, deux diagnostics différentiels sont toutefois à évoquer de façon systématique: – la névralgie pudendale est définie par les critères de Nantes [7]. Il s'agit d'une

douleur s'étendant dans le territoire du nerf pudendal (jusqu'au clitoris), avec une douleur unilatérale prépondérante en position assise, sans réveil nocturne. Il n'y a pas de déficit sensitif et l'examen clinique est complété par une exploration électromyographique; – le vaginisme est défini par le DSM-IV par une "contraction involontaire répétée persistante des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin en cas de tentative de pénétration par le pénis, doigt, tampon ou spéculum. Il est responsable d'une contraction provoquée à l'idée même de tout contact sexuel." Cependant, les conséquences possibles d'une vulvodynie insuffisamment prise en charge peuvent être la survenue d'un vaginisme secondaire.

Traitement des vulvodynies

La prise en charge des vulvodynies doit être multidisciplinaire [8]. L'attention et l'empathie sont des préalables indispensables à un traitement efficace [9]. Il est nécessaire de nommer la pathologie et d'avertir la patiente que le traitement sera long.

1. Traitements locaux

Les topiques émollients ou cicatrisants ont un effet apaisant [9].

La lidocaïne (2 à 5 %, sous forme de gel, de gel visqueux ou de nébulisateur) est utile dans les vestibulodynies provoquées pour inhiber la douleur d'intromission, sans affecter la sensibilité des zones érogènes génitales [10]. Une amélioration des douleurs de 36 à 76 % a été rapportée [8].

Les lubrifiants sont utiles pour faciliter la pénétration, et pour lutter contre la sécheresse vulvaire et vaginale qui peut majorer les symptômes [9, 10].

La capsaïcine est une molécule agissant spécifiquement sur les récepteurs

REVUES GÉNÉRALES

Pathologie vulvaire

membranaires vanilloïdes sous-type 1 au niveau de la muqueuse vulvaire. Une augmentation de l'innervation intra-épithéliale a été mise en évidence chez les patientes atteintes de vulvodynie. Un effet antalgique de l'instillation de capsaïcine a été rapporté dans les cystalgies [11], mais aussi en application topique dans les vulvodynies. Cependant, la tolérance locale initiale est parfois mauvaise (érythème, douleur et œdème au site d'application).

On peut proposer une œstrogénothérapie vulvo-vaginale en cas d'atrophie vulvaire post-ménopausique, source de sécheresse (colpotrophine), afin d'améliorer la lubrification [10, 12].

Toute infection locale (candidose ou vaginose bactérienne) doit être traitée, car elle peut aggraver ou réenclencher les symptômes de vulvodynie. Sous forme de crème ou d'ovule, les topiques imidazolés ne doivent être prescrits qu'après confirmation mycologique d'une candidose vulvo-vaginale associée.

2. Traitements systémiques

La prise en charge médicamenteuse des douleurs de vulvodynie est la même que celle des douleurs neuropathiques chroniques [4]. Les antalgiques classiques sont, en règle générale, inefficaces [8].

Parmi les antidépresseurs tricycliques, l'amitriptyline est la molécule la plus utilisée. Elle est débutée à 10 mg par jour et augmentée progressivement, pour une dose moyenne maximale de 60 mg par jour. Une disparition complète de la douleur à 6 mois a été rapportée dans 47 % des cas [13]. En 2013, 2 études randomisées contrôlées confirmaient un effet bénéfique, mais avec un niveau de preuve insuffisant [14].

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine seraient efficaces à forte dose, mais ils sont peu prescrits en pratique courante [9].

L'efficacité des antiépileptiques sur la composante fulgurante des douleurs neuropathiques a été démontrée. La molécule la plus utilisée est la gabapentine, de 300 mg à 1 200 mg par jour. Son efficacité varie de 50 à 82 %, mais avec un niveau de preuve insuffisant [14, 15]. Peu de données sont disponibles sur l'efficacité de la prégabaline dans le traitement des pathologies vulvaires [16, 17].

Un traitement psychotrope est indiqué si un syndrome dépressif ou des symptômes d'anxiété généralisée sont présents.

On proposera un traitement hormonal substitutif en cas de signes de carence œstrogénique chez la femme ménopausée.

Un traitement anti-mycosique *per os* peut s'avérer utile en cas de candidoses vulvo-vaginales (CVV) récidivantes [9].

3. Chirurgie

Les indications chirurgicales sont à poser par des spécialistes en pathologie vulvaire après une évaluation psychologique et restent très limitées. L'intervention habituellement réalisée, à savoir la vestibulectomie, consiste en une excision du vestibule de 3 à 9 heures sur une horloge, emportant l'anneau hyménéal jusqu'à la ligne de Hart [10]. Les données de la littérature suggèrent une efficacité immédiate du traitement chirurgical avec un succès de 61 à 94 % sans données à long terme [10, 16]. Cependant, le faible niveau de preuve des études et le caractère invasif ont rendu cette technique désuète.

4. Approche psychologique

Une séance d'éducation sexuelle peut s'avérer utile, notamment chez la femme jeune qui réduit parfois l'acte sexuel au coït [9]. Le recours à une psychothérapie de soutien est parfois nécessaire; cette démarche demande l'adhésion de la

patient. L'objectif est d'apaiser la souffrance psychique liée à la douleur chronique qui peut être un facteur d'entretien de la maladie. Cette méthode a prouvé son efficacité dans la prise en charge des patientes [10]. La thérapie cognitivo-comportementale semblait plus efficace que la psychothérapie de soutien d'après une étude randomisée sur 50 patientes [18], avec une diminution de 30 % de la douleur au moment des rapports [19].

5. Kinésithérapie vaginale

Des séances de rééducation périnéale, consistant en des massages des muscles périnéaux et des exercices de relaxation, ont montré leur efficacité [9, 10, 19]. Elles associent souvent des dilateurs que la patiente peut utiliser chez elle en complément de la kinésithérapie [9]. La kinésithérapie se base sur des techniques de *biofeedback*. La stimulation électrique nerveuse transvaginale a été comparée à un placebo dans une étude incluant 40 patientes, montrant une amélioration significative sur la douleur et la fonction sexuelle [9, 20]. Enfin, des cas cliniques ont rapporté un intérêt de l'acupuncture [8] et de l'hypnose [17].

6. Toxine botulinique A (TBA)

Une hypertonie des muscles du périnée (muscle élévateur de l'anus, transverse, bulbo-spongieux) [21], associée à une hypersensibilité de la muqueuse vulvaire, est une hypothèse plausible dans la physiopathologie multifactorielle de cette pathologie. Quelques études, dont la plus récente en 2015, ont montré l'efficacité de l'injection de 100 U de TBA (*fig. 2*) répartie de façon bilatérale dans les muscles péri-vaginaux, mais le caractère purement antalgique (par inhibition de la libération de neurotransmetteurs) n'a pas pu être exclu. On observait ainsi une efficacité significative sur la douleur, évaluée par une échelle visuelle analogique à 3 mois, avec un effet persistant à 6 mois sans nouvelle injection. La toxine botulique A permet une guérison



FIG. 2 : Injections de toxine botulique A à l'aide d'une aiguille de détection électromyographique.

pour près de 40 % des patientes à 2 ans [22]. Une amélioration significative de la qualité de vie générale (évaluée par le DLQI) et de la fonction sexuelle était notée chez les mêmes patientes. Ces traitements sont encore à l'étude [5, 22-24].

7. Injections intralésionnelles

Les injections intralésionnelles de corticoïdes et d'interféron n'ont pas montré de résultats convaincants [17].

8. Associations de patientes

Le rôle des associations de patientes est primordial pour le repérage et l'identification des symptômes, afin d'orienter les patientes auprès de professionnels de la santé à l'écoute de cette pathologie. Des fiches d'information très utiles sur les pathologies sont disponibles sur certains sites (lesclesdevenus.org, site de l'association Les Clés de Vénus).

Conclusion

Les vulvodynies, dont les vestibulodynies provoquées, sont considérées comme un syndrome douloureux et complexe, qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire, médicale et paramédicale. Il est primordial de faire le diagnostic de cette pathologie chez des patientes ayant déjà parfois subi une longue errance diagnostique et de prise en charge thérapeutique.

POINTS FORTS

- ➞ Les vulvodynies, dont les vestibulodynies provoquées, sont considérées comme un syndrome douloureux et complexe, qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire (médicale, kinésithérapeutique et psychologique).
- ➞ La vestibulodynie provoquée est la forme la plus fréquente ; elle constitue la première cause de dyspareunie chez la femme de moins de 30 ans.
- ➞ On doit en premier lieu éliminer une douleur vulvaire liée à une cause spécifique : cause inflammatoire, néoplasique, infectieuse ou neuropathique.
- ➞ Les principaux diagnostics différentiels à évoquer sont la névralgie pudendale et le vaginisme.
- ➞ La vestibulodynie provoquée est une allodynie du vestibule vulvaire déclenchée par un stimulus habituellement non algogène. Il peut être reproduit par le test au Coton-Tige en regard de l'orifice des glandes de Bartholin. Elle entraîne une dyspareunie orificielle.

La prise en charge initiale s'articule autour d'un trépied thérapeutique comprenant :

- un traitement antalgique adapté (anti-dépresseurs tricycliques à doses antalgiques) ;
- une kinésithérapie corrective de l'hypertonie musculaire (*biofeedback*) ;
- une psychothérapie adaptée en fonction de l'état psychologique de la patiente.

Si les patientes sont résistantes à la première ligne thérapeutique, de nouvelles thérapeutiques sont encore à l'étude (toxine botulique A).

Bibliographie

1. MOYAL-BARRACCO M, LYNCH PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004;49:772-777.
2. DE ROMEGES H. *Sexo-monarchie : ces obsédés qui gouvernaient la France*. Paris : M. Lafon, 2013: 203-204.
3. REED BD, PAYNE CM, HARLOW SD *et al*. Urogenital symptoms and pain history as precursors of vulvodinia: a longitudinal study. *J Womens Health* (Larchmt), 2012;21:1139-1143.
4. NUNNS D, MURPHY R. Assessment and management of vulval pain. *BMJ*, 2012; 344:e1723.
5. PELLETIER F, PARRATTE B, PENZ S *et al*. Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *Br J Dermatol*, 2011;164:617-622.
6. HEDDINI U, BOHM-SARKE N, NILSSON KW *et al*. Provoked vestibulodynia: medical factors and comorbidity associated with treatment outcome. *J Sex Med*, 2012;9:1400-1406.
7. LABAT JJ, RIAUT T, ROBERT R *et al*. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurol Urodyn*, 2008;27:306-310.
8. NUNNS D, MANDAL D, BYRNE M *et al*. Guidelines for the management of vulvodinia. *Br J Dermatol*, 2010;162:1180-1185.
9. MOYAL-BARRACCO M, LABAT JJ. Vulvodynie et douleur pelvienne et périnéale chronique. *Prog Urol*, 2010;20:1019-1026.
10. SADOWNIK LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodinia. *Int J Womens Health*, 2014;6:437-449.
11. DE SÈZE M, WIART L, FERRIÈRE JM *et al*. Instillations intravésicales de capsaïcine en urologie : des principes pharmacologiques aux applications thérapeutiques. *Prog Urol*, 1999;9:615-632.
12. BOHM-STARKE N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodinia. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010;89: 1504-1510.

REVUES GÉNÉRALES

Pathologie vulvaire

13. MUNDAY P, BUCHAN A, RAVENHILL G *et al.* A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med*, 2007;52:19-22.
14. LEO RJ, DEWANI S. A systematic review of the utility of antidepressant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *J Sex Med*, 2013;10:2497-2505.
15. LEO RJ. A systematic review of the utility of anticonvulsant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *J Sex Med*, 2013;10:2000-2008.
16. LANDRY T, BERGERON S, DUPUIS MJ *et al.* The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain*, 2008;24:155-171.
17. REED BD, CARON AM, GORENFLO DW *et al.* Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis*, 2006;10:245-251.
18. NGUYEN RH, ECKLUND AM, MACLEHOSE RF *et al.* Co-morbid pain conditions and feelings of invalidation and isolation among women with vulvodynia. *Psychol Health Med*, 2012;17:589-598.
19. BERGERON S, BINIK YM, KHALIFÉ S *et al.* A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 2001;91:297-306.
20. MURINA F, BIANCO V, RADICI G *et al.* Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2008;115:1165-1170.
21. Anatomie du périnée féminin. Disponible sur : <http://www.fmp.usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-perinee.pdf>.
22. PELLETIER F, GIRARDIN M, PARRATTE B *et al.* Long-term assessment of quality of life and effectiveness of onabotulinumtoxin injections in provoked vestibulodynia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2016;30:106-111.
23. BERTOLASI L, FRASSON E, CAPPELLETTI JY *et al.* Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol*, 2009;114:1008-1016.
24. BENNANI B, RAKI S, MONNIER D *et al.* Vestibulite vulvaire: traitement par la toxine botulique. *Ann Dermatol Venereol*, 2006;133:807-808.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.