

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**volume 2005
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

Vulvodynie et brûlure vaginale

F. GROLIER, O. GRAESSLIN, A. CHARBONNEL-MASSÉ, C. QUÉREUX*
(Reims)

I. INTRODUCTION

Cause **fréquente** de consultation en gynécologie si l'on entend sous ce terme l'ensemble des plaintes vulvaires avec un examen clinique plutôt normal, la vulvodynie est une forme d'inconfort vulvaire chronique dont le principal mode d'expression est la **brûlure**.

2. HISTORIQUE

Apparue pour la première fois dans la littérature médicale à la fin du XIX^e siècle avec Thomas (1880), Kellog et Skene (1889), la notion de « douleur vulvaire » n'a cessé d'évoluer au fil des ans. Depuis la création en 1970 de l'ISSVD (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*), les terminologies se sont succédé, faisant état tantôt de vulvodynies, tantôt de « *burning vulva syndrome* » ou autres. Les

Institut mère-enfant Alix de Champagne – CHU – 45 rue Cognacq-Jay
51092 REIMS CEDEX.

classifications, sans cesse modifiées, avec pas moins de 3 classifications proposées par l'ISSVD en 5 ans, sont le témoin d'une physiopathologie encore obscure, mais faisant état d'une composante psychologique certaine. La dernière classification, proposée en 2003 par Moyal-Barracco et Lynch, validée au 17^e congrès de l'ISSVD, devrait désormais servir de référence et apporter l'unicité nécessaire pour garantir la prise en charge des patientes et une recherche de qualité (31).

3. TERMINOLOGIE ET CLASSIFICATION

Les **vulvodynies** ont été redéfinies en 2003 par l'ISSVD. Il s'agit d'un inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme une brûlure, sans anomalie cliniquement décelable ni élément clinique en faveur d'une origine neurologique clairement identifiable (36). Auparavant, elles étaient définies par un inconfort chronique (le plus souvent à type de brûlure), spontané et/ou au contact, ne relevant d'aucune lésion visible pertinente (35).

Elles sont regroupées par l'*International Society For the Study of Pain* sous le terme plus global de *vulvar pain syndrome*.

Le **tableau I** reprend la classification émise par l'ISSVD en 2003. Le terme de vestibulite vulvaire, décrit par Friedrich en 1987 (13), disparaît de cette classification, la notion d'inflammation suggé-

Tableau I. Terminologie et classification des douleurs vulvaires (ISSVD – 2003)

<p>A. Douleurs vulvaires relevant d'une étiologie spécifique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>infectieuses</i> (candidose, herpès...) 2. <i>inflammatoires</i> (lichen plan...) 3. <i>néoplasiques</i> (maladie de Paget, carcinome épidermoïde...) 4. <i>neurologiques</i> (neuropathie périphérique herpétique, névralgie du nerf pudendal...)
<p>B. Vulvodynies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>généralisées</i> <ul style="list-style-type: none"> provoquées (sexe, autre ou les deux) non provoquées mixtes <i>localisées</i> (vestibulodynie, clitorodynie, hémivulvodynie...) <ul style="list-style-type: none"> provoquées (sexe, autre ou les deux) non provoquées mixtes

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

rée par ce nom étant trop peu documentée. Il est désormais remplacé par celui de « vestibulodynies provoquées ou de contact ». Elles surviennent dans des circonstances variées : intromission, port de vêtements serrés, tampon...

Un érythème périvestibulaire, symétrique, centré autour des orifices des canaux des glandes de Bartholin est banal et fréquent au niveau vulvaire, donc parfois observé en cas de vulvodynie. Il n'est pas responsable de l'inconfort vulvaire. Il en est de même pour la papillomatose vulvaire physiologique, les naevi ou autres éléments parfois observés lors de l'examen vulvaire mais rarement responsables d'un inconfort vulvaire.

Cette classification basée sur la localisation de la douleur et son caractère spontané ou provoqué est actuellement encore contestée par certains auteurs qui lui reprochent d'être trop segmentaire (9). Il n'est donc pas rare de voir encore couramment utilisés les termes de vestibulite vulvaire (vestibulodynie de contact ou provoquée dans la nouvelle nomenclature) et de vulvodynie dysesthésique ou essentielle (vulvodynie généralisée spontanée) souvent utilisés auparavant (30).

4. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR (7)

Trois relais neuronaux sont nécessaires pour transmettre l'information douleur ou prurit au cerveau. Le deuxième relais fait partie d'un circuit de *feed-back négatif* à type de signal inhibiteur descendant venant du cerveau, médié par la sérotonine et autres neuromédiateurs. Ce qui explique que tout médicament augmentant ces médiateurs (inhibiteur de la recapture de la sérotonine, tricycliques) favorise cette voie et diminue les douleurs.

Un phénomène d'**allodynie** caractérise les douleurs vulvaires : la stimulation excessive des nerfs par la douleur sensibilise le système nerveux central qui produit une réponse forte et prolongée à un stimulus inadapté. C'est une douleur par excès de nociception ; il y a stimulation excessive des récepteurs et débordement des mécanismes de régulation.

Ainsi, douleur et prurit ont une composante centrale et périphérique.

De nombreuses hypothèses physiopathologiques ont été avancées pour les vulvodynies (candidoses, cristaux d'oxalate de calcium, dysfonctionnement anatomique...). En réalité, il semble que la physiopathologie ne soit pas dans l'organe douloureux mais que l'on soit en présence d'un « phénomène de sensibilisation centrale de la douleur »

avec des cycles douloureux auto-entretenus. En ce sens, les vulvodynies ne semblent pas être une affection cutanéomuqueuse à proprement parler.

Quant aux facteurs psychologiques pouvant provoquer de telles douleurs, sont-ils seulement la cause ou une conséquence? Très certainement un mélange des deux

5. ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Le mot « vulve » désigne l'ensemble des organes génitaux externes de la femme. La vulve ou pudendum est un repli cutané érogène comprenant le mont-de-vénus, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires. La vulve est richement innervée et vascularisée, ce qui la rend apte à la douleur comme à la jouissance. Sa grande richesse en neurorécepteurs fait d'elle le véritable organe sexuel de la femme (22).

Le vestibule est la zone qui se situe entre les petites lèvres quand celles-ci sont écartées. Il est limité en avant par le clitoris et en arrière par la fourchette postérieure et la fossette naviculaire. Il s'étend de manière interne jusqu'à l'hymen qui le sépare du vagin. Ses limites externes sont les bords libres des petites lèvres. Il renferme les glandes vestibulaires accessoires et surtout l'orifice des glandes para-urétrales (glandes de Skene) et des glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin) situées à 5 et 7 heures et siège électif des vestibulites. Le méat urétral s'ouvre dans le vestibule, lequel est recouvert par un épithélium squameux stratifié finement kératinisé.

6. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence et la prévalence exactes de cette pathologie ne sont pas connues actuellement. Goetsh rapporte d'après son expérience personnelle un taux de 15 % sur une population de 210 consultantes (17).

La vestibulite vulvaire est la plus fréquente parmi les sous-types de vulvodynie. Elle est également la plus étudiée (8). Elle survient plus volontiers avant la ménopause, alors qu'après celle-ci on rencontre surtout des vulvodynies essentielles dysesthésiques.

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

Ainsi, deux types de populations sont généralement rencontrés : des femmes jeunes (32 ans d'âge moyen, bien que possible à tout âge), blanches (dans 97 % des cas), nullipares (62 % des cas), dans un contexte de dyspareunie intense, souffrant plutôt de « vestibulodynies de contact » ; des femmes plus âgées, autour de la ménopause, dans un contexte fréquent de dépression, souffrant plutôt de « vulvodynies généralisées », avec dans les deux cas un phénomène de nomadisme médical pour inconfort vulvaire.

Quelques chiffres intéressants sont retrouvés dans une étude rétrospective portant sur 322 femmes venues consulter dans un centre de pathologie vulvaire (21) : pour 52,2 % d'entre elles le diagnostic de vestibulite vulvaire (19,9 %) ou de vulvodynie essentielle (32,3 %) a été posé à l'issue de la démarche diagnostique. Pour l'autre moitié, le diagnostic étiologique se partage entre les dermatoses à localisation vulvaire, les atteintes infectieuses et les atteintes du plancher pelvien (trouble de la statique pelvienne, anomalies constitutionnelles, musculaires...).

Le **profil psychologique** particulier de ces patientes (de type anxio-dépressif), longtemps évoqué dans cette pathologie, est remis en cause par certains auteurs (33).

Enfin, pour d'autres, une incidence élevée d'abus sexuel serait associée aux vulvodynies, ce qui est également contesté (33).

7. ÉTAPES DU DIAGNOSTIC

« Devant toute suspicion de vulvodynie, la démarche diagnostique et thérapeutique est longue et difficile. Les examens complémentaires sont certes utiles au départ, mais il est inutile de les répéter trop souvent. Ils élimineront les infections vulvo-vaginales et les dermatoses à localisation vulvaire. L'étape suivante est celle de la classification des vulvodynies : vulvo-vaginite cyclique, vestibulite vulvaire et vulvodynie essentielle ». Cette phrase issue d'un article de De Belilovsky C (8), se référant à l'ancienne classification de McKay désormais abandonnée (27), résume assez bien la philosophie du problème auquel le praticien se trouve confronté.

• **L'interrogatoire est le temps essentiel**

Il sera long et doit être libre (23) :

– **long** pour prendre connaissance d'un dossier souvent déjà étoffé, on n'est pas le premier consulté, elle a déjà tout eu, nous sommes attendus comme le « sauveur » ;

– **libre** puisqu'il faut laisser de la place au temps, respecter les silences et avoir une grande patience d'écoute.

Sémiologiquement, c'est une **brûlure** et non un prurit, spontanée ou provoquée, diffuse et vestibulaire (respectant souvent le clitoris) :

– **Le début** a souvent été insidieux, rarement brutal, après une circonstance déclenchante qui a été un ou plusieurs épisodes de mycoses ou d'autres événements familiaux ou relationnels. On est passé d'une simple gêne à une brûlure plus ou moins cuisante mais de plus en plus constante.

– La brûlure **commence dès le matin** et ne la quitte guère dans la journée. Elle est exacerbée par la position assise, la plus inconfortable, et le frottement des vêtements est désagréable. Curieusement, le sommeil reste réparateur, la position allongée voit disparaître la brûlure et la patiente est rarement réveillée par ce symptôme. Il n'y a pas de paroxysme névralgique mais plutôt un fond causalgique désespérant.

La vulvodynie n'est pas forcément un symptôme sexologique mais elle s'associe assez souvent à une dyspareunie d'intromission du fait de l'irritation locale en particulier quand il existe une vestibulite. Baisse de la libido et de la lubrification sont parfois rencontrées également. Les signes associés sont fréquents et permettent dès l'interrogatoire de conforter le diagnostic (céphalées, asthénie, lombalgies, fibromyalgie...)

• **Le dossier**

Elle n'arrive pas les mains vides car vous n'êtes pas le premier à être consulté pour cela. Globalement elle a tout eu : des prélèvements avec quelques anomalies souvent mineures et plutôt banales, des examens urinaires, rachidiens, digestifs..., de nombreux traitements, d'herpès, de mycose, toutes les crèmes, savons et produits d'hygiène intime existant sur le marché.

Il est tout à fait essentiel de **prendre connaissance de ces données avec intérêt et patience**, cela fait déjà partie de la relation patiente-médecin qui sera le fil conducteur de l'espoir thérapeutique... mais évitons d'y ajouter d'autres examens ! (34).

• **Examinons...** avec un esprit critique : tout ce qui est rouge n'est pas pathologique ; il faut savoir éliminer ce qui est normal (papillomatose vulvaire...) (11) et faire préciser, le jour de la consultation, l'endroit précis douloureux. L'examen au spéculum est presque indolore alors que les rapports sexuels sont décrits comme insupportables.

Quand il n'y a rien à voir le diagnostic est pratiquement fait, c'est une vulvodynie essentielle. La difficulté est quand il y a à voir... de l'érythème en particulier et/ou quand on provoque électivement une

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

douleur. Est-ce une vestibulite? C'est très contestable, seul un érythème asymétrique à bord net a une certaine valeur.

Analysons finement le trajet des douleurs, parfois on pensera à la *névralgie du nerf pudendal* parce que la douleur unilatérale, parfois par crises, déborde largement la région vulvaire vers le périnée et la région ano-rectale ou s'accompagne d'un petit déficit sphinctérien et de troubles objectifs de la sensibilité périnéo-ano-vulvaire; l'examen neuro-sensitif fait partie de l'examen d'une vulvodynie. Cette douleur est absente la nuit et en position allongée en général, en revanche elle est aggravée par la position assise. Parfois le toucher rectal réactive la douleur au contact de l'épine sciatique vers le canal d'Alcock, là où le nerf peut être comprimé. C'est dans ces cas que l'on peut avoir recours au neurophysiologiste pour essayer de confirmer le diagnostic. Il s'agit d'une douleur neurogène, par désafférentation, par altération des voies de transmission et de régulation.

- **Le contexte psychologique mérite d'être investigué :**

Certaines ont une histoire d'HPV, de candidose, d'abus sexuel, de mésentente conjugale, de conflits familiaux ou au travail... dont la relation avec la vulvodynie n'est pas obligatoire.

Beaucoup n'ont rien d'évident à exprimer lors d'un premier contact.

Faire le diagnostic n'est pas trop compliqué, mais il existe plusieurs formes.

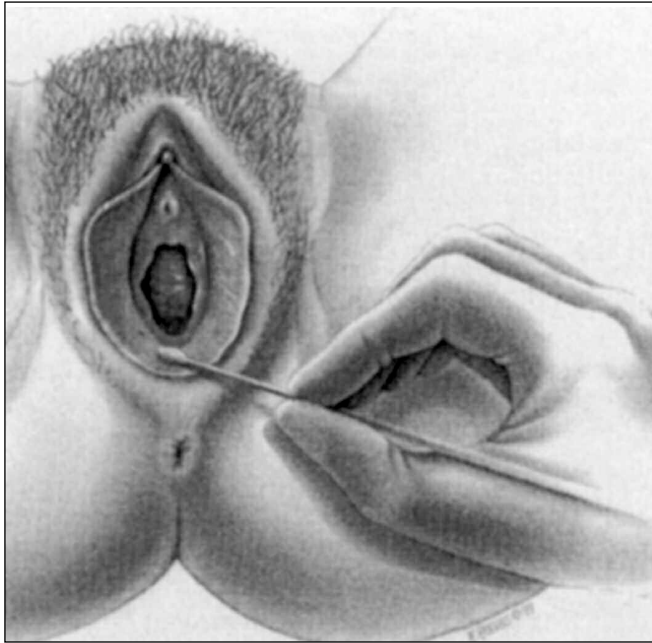
7.1. Vulvodynie généralisée non provoquée

Anciennement dénommée vulvodynie dysesthésique ou essentielle, il s'agit de la forme la plus commune. C'est une sensation de brûlure spontanée, de cuisson, d'irritation, la sensation d'être à vif alors que l'examen clinique est normal. C'est souvent une patiente autour de la ménopause dans un contexte d'hypo-œstrogénie. Elle reste un diagnostic d'élimination, et un examen clinique attentif aura permis d'éliminer une dermatose vulvaire (lichen scléreux, lichen plan érosif, maladies bulleuses, dermites allergiques, psoriasis) et les origines infectieuses (herpès, candidose). Rappelons, dans ce contexte, l'inutilité de faire une biopsie ou tout autre examen complémentaire. Ces vulvodynies s'inscrivent souvent comme un équivalent de dépression, un mode d'expression d'une véritable souffrance psychique, expliquant en partie le recours aux antidépresseurs pour tenter de les soulager.

7.2. Vestibulodynie de contact ou provoquée

Il s'agit d'une forme touchant des femmes plus jeunes, où la douleur est provoquée (et non plus spontanée) au moindre contact du vestibule (dyspareunie et brûlure sont alors les motifs de consultation). Elle est de plus reproduite de manière précise et électrique par un attouchement précis type coton-tige (figure 1), et il s'associe dans la description princeps de Friedrich un érythème vulvaire volontiers autour des canaux des glandes vestibulaires majeures. C'est l'ancienne **vestibulite vulvaire**, qui concerne surtout la zone située dans l'écartement des petites lèvres, limitée en avant par le clitoris (rarement concerné par le processus) et la fourchette vulvaire en arrière. Ce vestibule renferme sous la muqueuse des glandes vestibulaires accessoires dont on imagine qu'une inflammation, une irritation puisse être cause de la douleur chronique. L'origine physiopathologique de la vestibulite est controversée mais l'interrogatoire retrouve souvent la notion de

Figure 1. Test au coton-tige ou « Q-tip test ». Utilisé dans le diagnostic de la vestibulite vulvaire. Le vestibule est testé sur les rayons de 2, 4, 6 et 8 heures



VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

candidose à répétition avec les traitements locaux que cela engendre et leur caractère parfois aggravant, en tout cas désespérant. Un dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien serait rencontré également sans pouvoir préciser s'il s'agit là d'une cause ou d'une conséquence (10). Certains auteurs évoquent une dysrégulation des mécanismes immunitaires de l'inflammation, mettant en jeu la voie de l'interleukine-1 (15), et un défaut de production d'interféron α pour d'autres (14). Là encore, la dimension psychosomatique est parfois présente avec une patiente plutôt dépressive ou présentant des troubles d'ordre sexologique. Enfin pour Bouchard (5) l'utilisation d'une contraception œstroprogestative est un facteur favorisant supplémentaire (!), d'autant plus qu'elle est débutée tôt (< 16 ans), de façon prolongée avec recours à une minidosée. Le tableau II reprend l'analyse sémiologique des douleurs des deux principales formes.

Tableau II. Vulvodynie généralisée non provoquée (vulvodynie dysesthésique) et vestibulodynie de contact ou provoquée (vestibulite vulvaire). (Adapté de 9)

Vulvodynie généralisée non provoquée	Vestibulodynie provoquée
<ul style="list-style-type: none"> - douleur diffuse intéressant toujours des zones en dehors du vestibule - douleur vestibulaire associée possible - douleur constante, spontanée - examen clinique normal, ou léger érythème 	<ul style="list-style-type: none"> - douleur localisée au niveau du vestibule - douleur provoquée (« Q-tip-test », rapport sexuel...) - érythème vestibulaire (critères de Friedrich)
<p><i>Terrain</i>: femme ménopausée, syndrome dépressif parfois associé</p>	<p><i>Terrain</i>: serait témoin d'un désordre plus global associant souvent céphalées chroniques, fibromyalgie, cystite interstitielle, asthénie, colon irritable...</p>

7.3. Autres formes

Elles n'appartiennent pas à la nouvelle classification, mais parfois citées, elles méritent d'être rappelées :

- En présence d'une femme jeune avec des brûlures vulvaires rythmées par les règles, entrecoupées de véritables poussées de candidoses vulvovaginales, il s'agit vraisemblablement d'une **vulvovaginite cyclique** où la patiente rapporte en alternance dyspareunie, brûlures, leucorrhées, prurit vulvaire et irritation locale. *Candida albicans* est fréquemment absent des prélèvements, ce qui n'interdit pas un essai d'antifongiques, souvent avec résultat.

– Dans ce contexte de douleurs cycliques chez des femmes non ménopausées ou sous THS, a fortiori quand l'examen clinique est normal et/ou que le traitement d'épreuve par antifongiques est un échec, il faudra savoir évoquer une **vulvite cyclique par hypersensibilité aux œstrogènes** (12). Dans ce contexte, induire une aménorrhée par progestatif ou arrêter un THS viendra redresser le diagnostic par l'amélioration apportée.

7.4. Cas particuliers

– **Les brûlures vaginales chroniques**: plus rarement, mais de façon non exceptionnelle, le praticien se trouve face à une patiente consultant pour des douleurs vaginales ressemblant étonnamment dans leur sémiologie aux vulvodynies... à la différence qu'elles sont vaginales. Les données de la littérature à ce sujet sont extrêmement pauvres, et les données épidémiologiques manquent forcément. Notre expérience de terrain nous incite à penser néanmoins que ces douleurs vaginales partagent le même substratum physiopathologique que les vulvodynies. Les points communs sont en effet nombreux :

- le terrain est similaire avec des femmes souvent autour de la ménopause, ayant fait l'objet de nombreuses consultations pour ce motif et arrivant avec un dossier complet ;
- la dimension psychologique est perceptible ;
- les caractères sémiologiques de cette douleur vaginale chronique sont globalement les mêmes que ceux des vulvodynies qui peuvent d'ailleurs parfois s'y associer ;
- les données de l'examen clinique sont sensiblement normales et il n'y a pas de vaginisme. Les nombreuses consultations antérieures, souvent auprès de plusieurs confrères, ont permis d'éliminer et de traiter facilement les causes de douleurs vaginales « organiques » classiques (infectieuses, inflammatoires, atrophie...);
- la prise en charge de ces patientes, avec attention et écoute, se rapproche de celle des vulvodynies généralisées spontanées. L'amitriptyline est la base du traitement contre la douleur. La chirurgie n'a aucune place devant ce type de douleur.

– Il faut sans doute mettre à part la **névralgie du nerf pudendal** (honteux) lorsque celui-ci est comprimé dans son canal d'Alcock. Il s'agit en fait d'un diagnostic différentiel sortant du cadre des vulvodynies.

– De même, il faut savoir facilement évoquer une **cystite interstitielle** devant toute femme venue consulter pour douleurs vulvaires, vaginales ou pelviennes chroniques mal expliquées, et quand ces

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

douleurs sont associées à une symptomatologie urinaire (pollakiurie, nycturie, urgences mictionnelles, cystalgie ou douleurs sus-pubiennes soulagées par la miction). Dans ce contexte, il est utile d'adresser ces patientes à un urologue qui saura poser ou non ce diagnostic (35).

8. PRISE EN CHARGE (7, 10, 20, 35)

Prendre en charge une vulvodynie est autrement difficile que d'en faire le diagnostic. La prise en charge sera longue, difficile et idéalement multidisciplinaire (gynécologie, dermatologie, psychiatrie, algologie...). En tout cas, sachons notre rôle potentiellement iatrogène par nos mots, dits et non dits.

Que dire? Que faire? Déjà écouter avec beaucoup d'empathie, nous devons par ce comportement entendre et reconnaître leur plainte. Elle a mal, ce n'est pas contestable. Surtout ne pas dire que c'est psychique, ce qui serait une négation de la plainte : *« Madame, je ne vois rien d'anormal, il n'y a pas de suspicion cancéreuse, pas d'infection, pas d'IST, c'est une vulvodynie, un genre de névralgie locale par micro-inflammation des terminaisons nerveuses dont la vulve est riche »*. **Elle n'a pas rien, elle a une vulvodynie.**

Lui faire savoir qu'elle a une **vraie chance de se débarrasser de ce symptôme**, comme 60 à 80 % des patientes, mais que rien ne se fera en un jour ; ce n'est que petit à petit qu'elle se réhabitue à vivre sans douleur et qu'elle se réappropriera son corps. Il faudra des consultations fréquentes où pourra s'établir la relation médecin-patient, motrice du changement, mais à la condition d'avoir la volonté, l'envie de s'impliquer sinon mieux vaut passer la main.

Quels traitements? Ils sont nombreux, allant des topiques locaux, des médications orales ou injectables à la chirurgie, en passant par le biofeedback et autres traitements plus singuliers (acupuncture, hypnothérapie...). Globalement, il y a quatre stratégies :

- neurotrope (traitement de la douleur) ;
- psychosexuelle ;
- kinésithérapie (rééducation pelvienne avec biofeedback) ;
- chirurgie.

... avec une place pour les antimycosiques par voie générale (fluconazole) au long cours, sans oublier la prise en charge d'un éventuel facteur aggravant.

8.1. Les traitements neurotropes

Les propriétés neurotropes des antidépresseurs tricycliques sont largement utilisées pour traiter la douleur (8, 29). **L'amitriptyline** est le plus utilisé et reste le traitement de première ligne des vulvodynies généralisées : soit Elavil® en comprimé à 10 mg soit Laroxyl® gouttes : 1 mg = 1 goutte en commençant par 5 gouttes et en augmentant de 5 à 10 gouttes toutes les deux semaines jusqu'à atteindre 40 à 60 mg, en expliquant bien que la cible est la terminaison nerveuse et non la dépression (qu'elle n'admet pas). Il est rare d'atteindre la dose maximum du fait de l'apparition possible de somnolence ou « d'état second ». La durée sera au départ de 6 mois avec ensuite baisse progressive des doses... mais les précautions d'emploi et interactions médicamenteuses méritent d'être lues.

Il faut savoir qu'il n'y a pas d'étude validant les antidépresseurs, même si certains rapportent des petites séries plutôt favorables et que leur mode d'action paraît très empirique. Enfin, ce traitement est loin d'être toujours accepté et/ou bien toléré par ce type de patiente, qui a tout essayé et ne supporte rien.

8.2. La stratégie psychosexuelle

Il y a en effet toujours une composante psychique mais est-elle cause ou conséquence ? C'est probablement le maillon le plus important de la prise en charge. Cependant cet abord thérapeutique n'est jamais possible dès la première consultation.

Les dyspareunies ont toujours une dimension physique, psychologique et relationnelle et cette dimension est importante à prendre en considération par le clinicien, car il ne faudra pas méconnaître un trouble anxio-dépressif ou un trouble de la personnalité (hystérie ou hypochondrie) pouvant parfois se révéler par des vulvodynies (6). Leur bonne reconnaissance en permettra une prise en charge adaptée.

Une consultation de sexologie sera également une approche possible.

8.3. Rééducation pelvienne et biofeedback

Les techniques sont nombreuses et peuvent s'utiliser pour les douleurs localisées ou généralisées. Elles sont particulièrement intéressantes en cas de vaginisme associé et dans le cadre des vestibulodynies de contact. Le recours à un thérapeute spécialiste de la pathologie vulvaire est indispensable. Il pourra parfois identifier une anomalie dans le tonus des muscles du plancher pelvien, et la corriger. Certaines séries rapportent jusqu'à plus de 50 % de diminution des douleurs dans 71 % des cas, amélioration de la qualité des rapports sexuels dans 62 % des cas et amélioration de la qualité de vie dans 50 % des cas (20).

La rééducation pelvienne assistée de technique d'électrostimulation et de biofeedback a également fait preuve d'un certain intérêt: entre 1994 et 1996, 62 patientes ont bénéficié de ce traitement dans une série de Glazer (16), 88 % ont noté l'absence de douleur en fin de traitement. Avec des résultats similaires pour Mc Kay sur une série de 29 patientes souffrant de vestibulite vulvaire, ayant permis une reprise de l'activité sexuelle autrefois compromise pour 69 % d'entre elles (28).

8.4. La chirurgie

– La décompression du nerf honteux, lorsque la névralgie du nerf pudendal a été reconnue est parfaitement légitime comme l'a rappelé Shafik (37) avec de très bons résultats (86 % des patientes améliorées à 1 an) lorsque ce geste est réalisé par des équipes entraînées (2).

– La vestibuloplastie avait ses partisans autrefois en cas de vestibulite. Il est désormais démontré qu'elle est inefficace (20).

– La **chirurgie d'exérèse** est réservée aux femmes atteintes d'une vestibulodynie provoquée sévère et rebelle aux autres traitements. Au préalable, **les zones douloureuses devront toujours être très soigneusement repérées avant toute anesthésie** pour guider le geste. Les techniques sont nombreuses :

- *Exérèse localisée* possible en cas de localisation douloureuse précise et peu étendue.

- *Vestibulectomie*: c'est Woodruff le premier qui a décrit la vestibulectomie que la plupart des auteurs ne font que postérieure (3, 19) (Figures 2, 3, 4 et 5):

« *Exérèse limitée des anomalies du vestibule excisant les zones érythémateuses centrées par les orifices des glandes de Bartholin. L'incision va de 2 heures à 10 heures, intéresse la paroi vaginale postérieure juste au-dessus de l'hymen pour la berge supérieure et le long de la ligne cutanéomuqueuse pour*

GROLIER & COLL.

Figure 2. Exérèse limitée du vestibule. (La zone réséquée devant être repérée avant l'anesthésie par le « Q-tip test » ou test au coton-tige afin d'identifier la zone douloureuse)

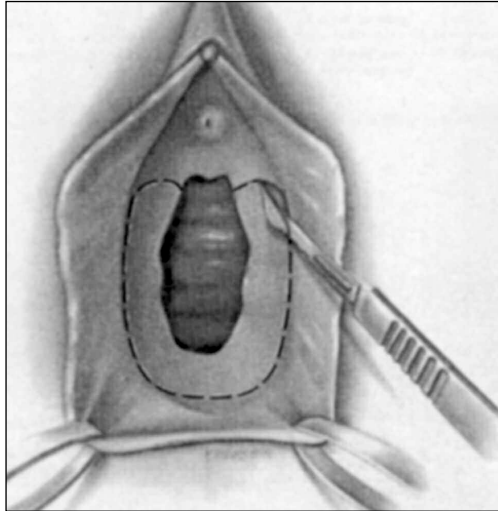
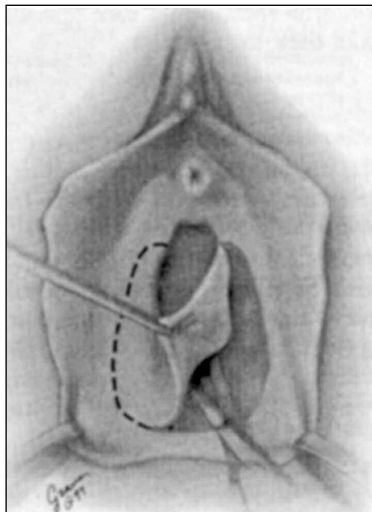


Figure 3. Dissection et exérèse des anomalies vestibulaires



VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

Figure 4. Décollement vaginal avec abaissement afin de venir couvrir la zone d'exérèse vestibulaire

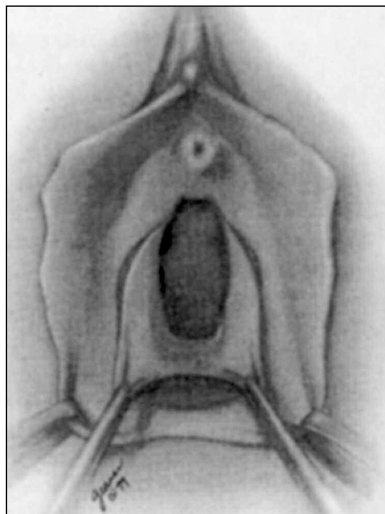
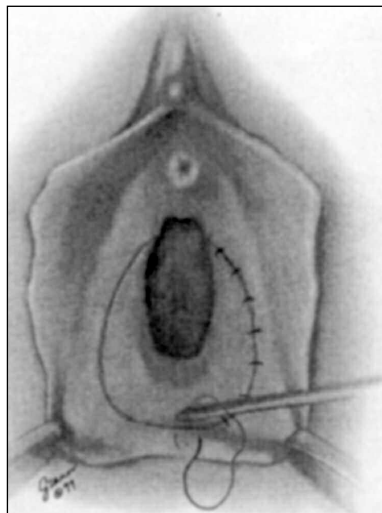


Figure 5. Suture sans tension au fil résorbable



la berge inférieure. Elle excise donc une partie de l'hymen. Elle est suivie d'un décollement vaginal permettant un abaissement et une suture sans tension. »

Le chantre de cette intervention est Bornstein (4) qui a conduit une méta-analyse sur les publications de 1991 à 1998 chez les femmes ayant les critères de Friedrich de vestibulite : douleur au contact ou à la pénétration, sensibilité à la pression et érythème vulvaire. Cette étude recouvre 23 études soit 646 femmes ayant eu une vestibulectomie. Au total, la guérison est de 72 %, plutôt stable dans le temps (suivi de 1 à 10 ans.). Dans une étude seulement, il y a 57 % d'échecs que Bornstein pense liés à une méthodologie opératoire incomplète. Il décrit par ailleurs dans sa propre série, mais aussi dans celles de la littérature des infiltrats inflammatoires histologiques chroniques et des terminaisons nerveuses plus denses sur les pièces histologiques.

En 1999, Mac Cormack (25) rapporte un suivi par questionnaire rempli 4,8 ans en moyenne après ce type de chirurgie dans une série de 42 patientes : la vulvodynie permanente chez 69 % des femmes avant traitement ne l'était plus (ou l'était encore !) que chez 19 % après chirurgie. 26 des 37 patientes étaient célibataires du fait de ces douleurs vulvaires et/ou de la dyspareunie avant chirurgie, 2 sur 35 seulement après la chirurgie.

L'enthousiasme s'est globalement estompé avec le temps, et les résultats paraissent plus proches de 50 %. Tout le monde s'accorde à **réserver la chirurgie aux échecs des autres méthodes** et uniquement dans le cadre des vestibulites, en évitant la chirurgie mutilante.

- *Perinéoplastie* : beaucoup plus mutilante, la vestibulectomie est complétée par l'exérèse des tissus du périnée, s'arrêtant juste au-dessus de l'orifice anal. Un large décollement et une plastie de la muqueuse vaginale sont nécessaires pour couvrir le defect.

Quelle place à la chirurgie ?

Une hiérarchie est indispensable ; ainsi Pagano en 1997 (in 8) proposait après analyse de sa série de 230 femmes :

- dans les vestibulites, une réponse graduée :
 - explication et discussion avec un quart de bons résultats ;
 - antimycosique type Triflucan® (dans les vestibulites vulvaires à candida albicans positif) avec 70 % de bonnes réponses au fluconazole per os dans ce contexte ;
 - Laroxyl® : 70 % de bons résultats à 6 mois chez 148 femmes ;
 - carbamazépine (Tégréto®) : 13 % de succès ;
 - et chirurgie pour 22 patientes finalement opérées avec 91 % de bons résultats dans cette population très sélectionnée.
- dans la vulvodynie essentielle :

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

- prise en charge psychosomatique ; reconnaissance de la douleur, raser et lrevoir la patiente régulièrement ;
- antidépresseurs tricycliques, qui trouvent toute leur place dans ce contexte.

8.5. Traitements des facteurs aggravants

Ils sont toujours utiles et comportent selon les besoins : rééquilibrage de la flore vaginale, antimycosique à base de fluconazole per os, éventuel THS à discuter.

8.6. Les alternatives**8.6.1. Les traitements locaux**

Les traitements locaux sont décevants mais demandés par la patiente (qui a déjà tout essayé) : crèmes émoullientes (Gynoglycine®...), anesthésiques locaux, lubrifiants... peu importe, c'est une manière de créer un lien entre elle et son corps, entre elle et le thérapeute. Parfois même, leur arrêt après une longue période d'utilisation peut diminuer les symptômes.

Plus intéressantes sont les mesures d'hygiène d'ordre général qu'il faut s'astreindre à respecter : vêtements amples, proscrire les irritants (parfum, lingettes...), utiliser un savon neutre... mais soyons plus critiques sur le « port de sous-vêtement en coton » souvent recommandé et pourtant peu sexy... dans un problème qui a à voir avec le sexe.

Une œstrogénothérapie vulvo-vaginale est parfois utile en cas de sécheresse.

8.6.2. Les autres traitements médicamenteux per os

De nombreuses molécules ont été testées avec plus ou moins de succès :

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine seront prescrits en cas de dépression.
- Clonazepam (Rivotril®) est également utilisé en solution buvable à 0,1 mg par goutte par paliers de 10 gouttes. Il est surtout utile en cas de douleur à type de décharge électrique.
- Gabapentine (Neurontin®), anticonvulsivant utilisé dans la prise en charge des douleurs neuropathiques (1) a été essayé. Son usage reste cependant plus marginal. Prégabaline (Lyrica®), indiqué dans les douleurs neuropathiques périphériques, pourrait être testé

dans l'indication vulvodynie mais n'a pas, comme beaucoup d'autres produits, cette AMM.

- Antihistaminiques.
- Les antimycosiques par voie générale au long cours (fluconazole) méritent une attention particulière. Ils trouvent leur meilleure indication dans les vulvodynies plutôt cycliques, même avec un prélèvement vaginal négatif pour le *candida albicans*.

8.6.3. Injections intralésionnelles

Les anesthésiques locaux, parfois combinés à des corticoïdes injectables, ont également été utilisés avec succès selon ce mode d'administration (36). En revanche les corticoïdes locaux ne doivent pas être utilisés sous forme de topique par manque d'efficacité.

Le recours à l'interféron, par voie locale ou intramusculaire, a déjà été tenté dans la prise en charge des vestibulites vulvaires avec plus ou moins de succès. Parfois en complément de la chirurgie, ce qui diminuerait les récurrences. Le taux de réponses à l'interféron serait plus important chez les patientes HPV+ (26).

8.6.4. Autres

Il faut mentionner enfin :

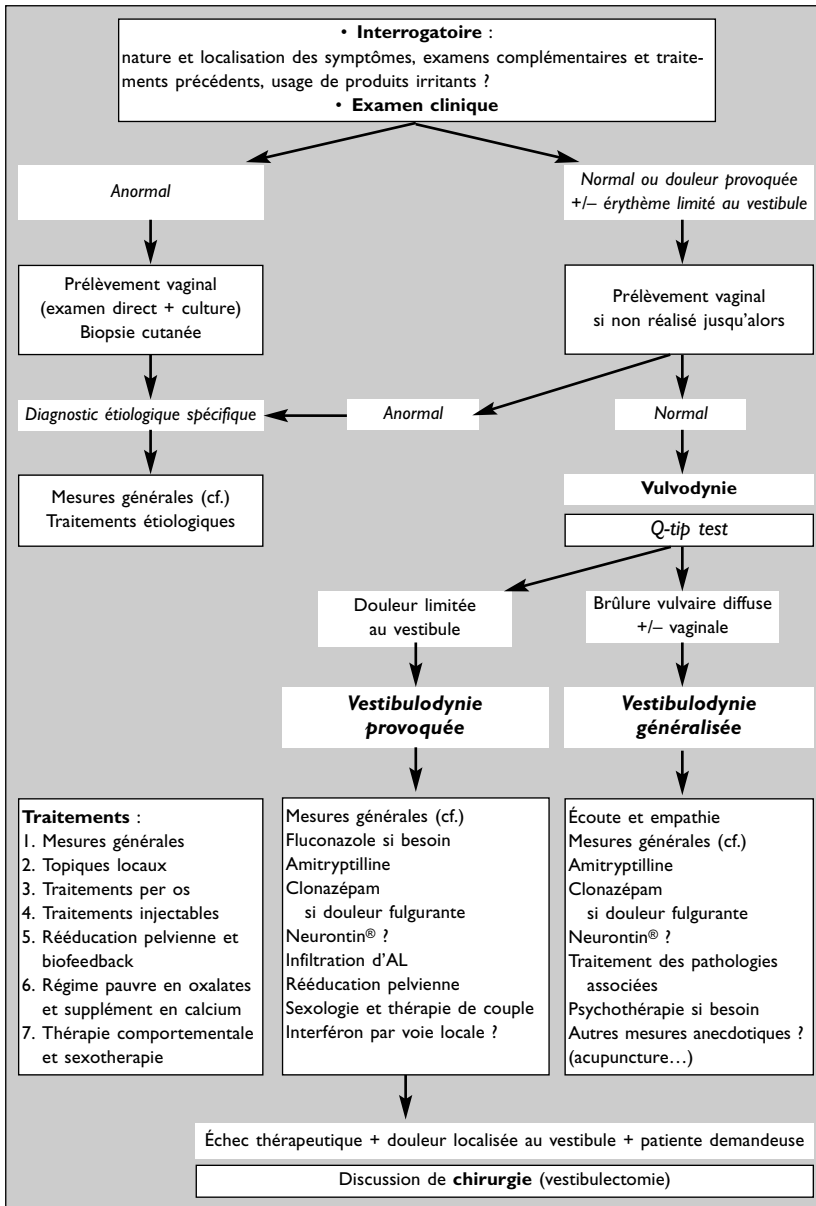
- L'utilisation de l'acupuncture (32), où la qualité de la relation médecin-malade a pu participer aux succès obtenus (5 sur 12);
- Le blocage tronculaire du nerf pudendal dans le canal d'Alcock a déjà été utilisé (18);
- L'utilisation de la toxine botulinique A pour contrer une hypertonie associée des muscles pelviens, a été proposée en cas d'échec des autres méthodes. Il ne s'agit encore que d'observations isolées (18);
- De façon beaucoup plus anecdotique, citons pour mémoire dans l'arsenal thérapeutique des vestibulites vulvaires, le recours à un régime pauvre en oxalates et la vaporisation au laser CO₂ dont il faut se méfier, cette dernière pouvant même pour certains être responsable d'une aggravation de la symptomatologie (26).

Au total, dans cette pathologie, il existe approximativement 1/3 de régressions spontanées des douleurs, 1/3 de réponses au traitement et 1/3 des patientes ne seront pas soulagées par nos traitements. **Le recours à la chirurgie devient en pratique très rare.**

Le tableau III propose un algorithme pour aider à la prise en charge des douleurs vulvaires (adapté de 20, 24).

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

Tableau III. Prise en charge des douleurs vulvaires. Arbre décisionnel



9. ANNEXE

Mesures générales pour la prise en charge de douleurs vulvaires chroniques :

- Éliminer et traiter une cause identifiable (infectieuse, dermatose à localisation vulvaire...);
- Expliquer, conseiller, éduquer et soutenir;
- Proscrire les irritants (parfum, lingette...);
- Usage de savon neutre, bien rincer, bien sécher;
- Lubrifiant non irritant lors des rapports sexuels (ex : huile végétale);
- Pommade anesthésique locale 20 minutes avant un rapport sexuel si répercussions sur l'activité sexuelle importantes (Xylocaïne visqueuse® par exemple).

10. CONCLUSION

Sujet en **perpétuelle évolution** dans sa définition, à la physiopathologie obscure, la prise en charge des douleurs vulvaires s'impose longue et difficile. Une **approche multidisciplinaire** est souhaitable, utilisant les compétences des « gynéco-dermato-sexo-psy et algologues ». La vulvodynie reste une **énigme** dans sa genèse mais chacun a une partie de la clé pour la résoudre.

L'ensemble des illustrations de ce chapitre est issu de l'article de Haefner HK (19).

Résumé

Les vulvodynies sont fréquentes, et se définissent par un inconfort vulvaire, se traduisant le plus souvent par une brûlure, en l'absence d'anomalie vulvaire pertinente ou d'anomalie neurologique. On distingue actuellement des formes généralisées et des formes localisées avec, pour chacune d'elles, des formes où la douleur est spontanée et des formes

VULVODYNIE ET BRÛLURE VAGINALE

où elle est provoquée par le contact. Ainsi, la vestibulite s'appelle aujourd'hui « vestibulodynie de contact ou provoquée » et la vulvodynie essentielle « vulvodynie spontanée généralisée ». Il s'agit d'un syndrome douloureux chronique muco-cutané, le plus souvent à type de brûlure qui débute tôt dans la matinée, mais n'existe pas la nuit. Elle est diffuse, intéressant parfois, et parfois exclusivement, le vagin. L'examen clinique est normal montrant tout au plus un érythème, mais les signes associés sont fréquents (céphalées, insomnie, lombalgies...). La composante psychologique est certaine, souvent rejetée par les patientes. Deux populations sont rencontrées : il s'agit le plus souvent de femmes jeunes nullipares de race blanche dans un contexte de dyspareunie ou de femmes plus âgées, autour de la ménopause, dans un contexte de dépression. Le diagnostic est fait après avoir éliminé une dermatose, une infection, un désordre anatomique ou un trouble neurologique avec, dans certaines formes, la mise en évidence d'une allodynie par application d'un coton-tige. Les examens complémentaires sont inutiles d'autant qu'ils ont déjà largement été demandés. Une pathologie psychologique sous-jacente doit être recherchée avec tact pour donner toutes les chances à la patiente de guérir définitivement. La prise en charge est longue, souvent complexe. Elle doit être multidisciplinaire (somatique et psychologique). Chaque élément de la stratégie thérapeutique sera proposé progressivement. Les traitements locaux sont souvent décevants. La rééducation pelvienne avec biofeedback est très utile en cas de vaginisme. Le traitement médical de la douleur repose sur l'amitriptyline. Le traitement chirurgical ne sera proposé que de façon exceptionnelle, après échec des traitements antérieurs et d'une bonne prise en charge psychosexuelle.

Bibliographie

1. Bates CM, Timmins DJ (2002). Vulvodynia-new and more effective approaches to therapy. *Int J STD AIDS* 13(3): 210-2.
2. Bautrant E, De Bisschop E, Vaini-Elies V et al. (2003). La prise en charge moderne des névralgies pudendales. À partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 32: 705-12.
3. Berville S, Moyall-Barraco M, Paniel BJ (1997). Traitement de la vestibulite vulvaire par vestibulectomie postérieure. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 26: 71-75.
4. Bornstein J, Zarfati D, Goldick Z, Abramovici H (1999). Vulvar vestibulitis: physical or psychosexual problem? *Obstet Gynecol* 93, 5: 876-880.
5. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C (2002). Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis : a case-control study. *Am J Epidemiol* 156(3): 254-61.
6. Consoli SG (2003). Psychosomatic approach of vulvodynia. *Gynecol Obstet Fertil* 31(11): 948-53.
7. De Belilovsky C (2004). Comment prendre en charge la douleur vulvaire? *Gynécologie Obstétrique Pratique* 168:11-12.
8. De Belilovsky C (2000). Les vulvodynies. *La Presse Médicale* 21: 1191-6.
9. Edwards L (2004). Subsets of vulvodynia. Overlapping characteristics. *J Reprod Med* 49: 883-87.
10. Farage MA, Galask RP (2005). Vulvar

- vestibulitis syndrome: a review (in press).
11. Fattou B (2001) Vulvodynies. La lettre du Gynécologue 267, 31-34.
 12. Faure M, Drapier-Faure E (2001). La vulve en direct : à propos du XVI^e congrès mondial de l'ISSVD. Genesis N° 70.
 13. Friedrich Jr EG (1987). Vulvar Vestibulitis syndrome. J Reprod Med 32: 110-4.
 14. Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS (2002). A deficiency in interferon-alpha production in women with vulvar vestibulitis. Am J Obstet Gynecol 186(3): 361-4.
 15. Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS (2002). Defective regulation of the proinflammatory immune response in women with vulvar vestibulitis syndrome. Am J Obstet Gynecol 186 (4): 696-700.
 16. Glazer H (2000). Dysesthetic vulvodynia. Long term follow up after treatment with surface electromyography assisted pelvic floor muscle rehabilitation. J Reprod Med 45: 798-802.
 17. Goeths MF (1991). Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general practice population. Am J Obstet Gynecol 164: 1609-15.
 18. Gunter J, Brewer A, Tawfik O (2004). Botulinum toxin A for vulvodynia: a case report. J Pain 5(4): 238-40.
 19. Haefner HK (2000). Critique of new gynecologic surgical procedures: surgery for vulvar vestibulitis. Clin Obstet Gyn 43 (3): 689-700.
 20. Haefner HK et al. (2005). The vulvodynia guideline. J Low Genital Tract Disease 9: 40-51.
 21. Hansen A, Carr K, Jensen JT (2002). Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. J Reprod Med 47: 854-60.
 22. Kamina P (1993). Anatomie clinique de l'appareil génital de la femme. EMC 10-A-1 : 28 p.
 23. Lachowsky M, Winaver D (2000). Vulvodynies, petites définitions pour un grand syndrome. Reprod Hum Hormones 1: 69-72.
 24. Lotery HE, McClure N, Galask RP (2004). Vulvodynia. Lancet 363 (9414): 1058-60.
 25. Mac Cormack W, Spence MR (1999). Evaluation of the surgical treatment of vulvar vestibulitis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Med 86: 135-138.
 26. Mariani L (2002). Vulvar vestibulitis syndrome: an overview of non-surgical treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 101 (2): 109-12.
 27. Mc Kay M (1988). Subsets of vulvodynia. J Reprod Med 33: 695-698.
 28. Mc Kay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H, Redko V (2001). Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. J Reprod Med 46 (4): 337-42.
 29. Mimoun S, Maggioni C (1999). Pour une approche psychosomatique des vulvodynies chroniques. Rev Prat Gynecol Obstet 34: 32-36.
 30. Moyal-Barraco M (2001). Vulvodynie : problème de définition. Ann Dermatol Venereol 128: 762-7.
 31. Moyal-Barraco M, Lynch PJ (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia. A historical perspective. J Reprod Med 49: 772-77.
 32. Powell J, Wojnarowska F (1999). Acupuncture for vulvodynia. J Royal Society of Medicine 92: 579-581.
 33. Reed BD, Haefner HK, Punch MR, Roth RS, Gorenflo DW, Gillespie BW (2000). Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. J Reprod Med 45: 624-32.
 34. Quereux C, Graesslin O (2001). Vulvodynies. Le regard du gynécologue. Genesis 69, 17-9.
 35. Quereux C, Grolier F (2005). Vulvodynie, vulvo-vaginite et vestibulite vulvaire chronique. In Blanc B, Siproudhis L. Pelvipérinéologie, Springer, Paris 353-362.
 36. Segal D, Tifheret H, Lazer S (2003). Submucous infiltration of betamethasone and lidocaine in vulvar vestibulitis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 107 (1): 105-6.
 37. Shafik A (1999). Pudendal canal syndrome as a cause of vulvodynia and its treatment pudendal nerve decompression. Eur J Obstet Gynecol Reprod Med 86: 135-138.