
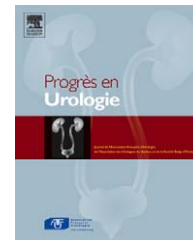




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Vulvodynies et douleur pelvipérinéales chroniques

Vulvodynia and chronic pelvic and perineal pain

M. Moyal-Barracco^a, J.-J. Labat^{b,*}

^a Service de dermatologie, hôpital Tarnier, 89, rue d'Assas, 75006 Paris, France

^b Centre fédératif de pelvipérinéologie, clinique urologique, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes, France

Reçu le 12 août 2010 ; accepté le 16 août 2010

Disponible sur Internet le 13 octobre 2010

MOTS CLÉS

Vulvodynie ;
Douleur périnéale ;
Douleur pelvienne ;
Vulve ;
Vestibulectomie ;
Psychothérapie

KEYWORDS

Vulvodynia;
Perineal pain;
Pelvic pain;
Vulva;
Vestibulectomy;
Psychotherapy

Résumé

Objectif. – Définir la vulvodynie et décrire les principaux axes de traitement.

Matériel et méthodes. – Revue de la littérature concernant les vulvodynies.

Résultats. – Elles sont définies par un inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable. Les vulvodynies provoquées sont l'apanage de la femme jeune et ont un retentissement psychologique et sexuel important. Les traitements font appels aux anesthésiants locaux, aux médicaments de la douleur neuropathique, à la kinésithérapie et aux psychothérapies. Les vestibulectomies doivent rester exceptionnelles.

Conclusion. – De nombreuses inconnues persistent notamment concernant l'étiologie des vulvodynies. L'évaluation des symptômes et des traitements est imparfaite. Cependant les prises en charge symptomatiques peuvent conduire à des évolutions favorables dans le temps.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objective. – To define vulvodynia and to describe the main approaches to treatment.

Material and methods. – Review of the literature concerning vulvodynia.

Results. – Vulvodynia is defined as chronic vulvar discomfort, usually with a burning nature, with no relevant clinical lesions and no clinically identifiable neurological lesion. Localized provoked vulvodynia essentially affects young women and is responsible for major sexual and psychological repercussions. Treatment consists of local anaesthetics, drugs used to treat neuropathic pain, physiotherapy and psychotherapy. Vestibulectomy is only very rarely indicated.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jjlabat@chu-nantes.fr (J.-J. Labat).

Conclusion. – Many unknowns persist especially concerning the aetiology of vulvodynia. Evaluation of symptoms and treatment have not been clearly defined. However, symptomatic management provide satisfactory long-term results.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Sous-estimons-nous la fréquence de la vulvodynie ?

Dans une étude menée dans la région de Boston, 16% de femmes représentatives de cette zone géographique avaient souffert ou souffraient de douleurs vulvaires tenaces (plus de trois mois) [1]. Pourtant, la vulvodynie, inconfort vulvaire chronique médicalement inexpliqué, est mal connue des médecins [2]. Ainsi dans les consultations de pathologie vulvaire, les patientes sont souvent vues au terme d'une longue errance médicale jalonnée de dépitants « Vous n'avez rien », d'inquiétants « Je n'y comprends rien » ou d'incompréhensible « Allez donc voir un psy ».

En Europe, nous n'avons aucune idée de la prévalence de la vulvodynie. Remarquons cependant, que dans les consultations spécialisées en pathologie vulvaire, en Europe, comme aux États-Unis ou en Australie, la vulvodynie est le motif de consultation de loin le plus fréquent. Les sites internet avec forum de discussion sont de plus en plus consultés par des patientes qui cherchent elles-mêmes la solution à un problème que la faculté a du mal à entendre et à résoudre. Aux États-Unis, l'intérêt des médias et des médecins, stimulé par les associations de patientes, s'amplifie en même temps que grandit l'intérêt scientifique pour les « symptômes médicalement inexpliqués » [3]. Aux États-Unis a été créée une très active association de patientes soutenant financièrement la recherche sur la vulvodynie (National Vulvodynia Association: <http://www.nva.org>).

Cet article a pour but de définir la vulvodynie et de décrire les principaux axes de son traitement. Un diagnostic sûr est en effet le préalable indispensable à la prise en charge globale de cet état douloureux chronique.

Définir la vulvodynie

« Inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable »: telle la définition proposée en 2003 par la Société internationale de pathologie vulvaire (International Society for Study of Vulvar Disease) pour définir la vulvodynie [4]. Dans cette définition, la vulvodynie a été resituée dans le cadre des douleurs vulvaires et a été classée en fonction de son siège et du caractère de la douleur, spontanée ou déclenchée par le contact (Tableau 1).

Nous proposons d'explicitier chaque terme de la définition.

Tableau 1 Terminologie et classification des douleurs vulvaires [4].

<i>Douleur vulvaire liée à une cause spécifique</i>
Infection : candidose, herpès, etc.
Inflammation : lichen plan, dermatose bulleuse, etc.
Néoplasie : maladie de Paget, carcinome épidermoïde, etc.
Neuropathie : zona, herpès, compression médullaire, etc.
<i>Vulvodynie</i>
<i>Douleur diffuse</i>
Provoquée (contact sexuel, non sexuel ou les deux)
Non provoquée (douleur spontanée)
Mixte (spontanée et provoquée)
<i>Douleur localisée (clitoridodynie, vestibulodynie, hemivulvodynie, etc.)</i>
Provoquée (contact sexuel, non sexuel ou les deux)
Non provoquée (douleur spontanée)
Mixte (spontanée et provoquée)

Les terminologies de vestibulite, dysesthésie vulvaire et syndrome des brûlures vulvaires sont abandonnées.

« Inconfort »

Il est le plus souvent décrit comme une brûlure mais d'autres sensations sont évoquées : élancements, pincements, tiraillements, sécheresse, etc. Cet inconfort est spontané (survenant en dehors de tout contact local) ou provoqué (déclenché par les contacts).

Vulvodynie provoquée

Elle concerne le plus souvent des femmes jeunes nullipares. Le principal contact déclenchant est le coït, et une dyspareunie d'intromission est, le plus souvent, le motif de la consultation. Cette dyspareunie conduit à un évitement des rapports sexuels et à une perte du désir sexuel, elle-même source de dyspareunie. Mais le coït n'est pas l'unique source de douleur au cours des vulvodynies dites « provoquées » : bien souvent, ces femmes ne supportent aucun contact local : doigts, mise en place d'un tampon [5] vêtement serré, station assise, produits d'hygiène, topiques médicamenteux, mais aussi les examens gynécologiques, bicyclette et équitation.

Ces symptômes sont tantôt « primaires » (présents depuis les premiers rapports sexuels) tantôt « secondaires » (apparus après une période plus ou moins longue de rapports sexuels indolores).

L'examen permet d'identifier la zone sensible. Il s'agit presque toujours du vestibule, zone située entre le clitoris

en avant, la fourchette en arrière, l'hymen en haut et la base de la face interne des petites lèvres latéralement. La pression légère avec un coton tige déclenche une douleur. Le terme de vestibulite a été abandonné au profit de celui de vestibulodynie provoquée.

Vulvodynie spontanée

Elle affecte des femmes plus âgées dont les douleurs occupent tantôt toute la vulve, tant une zone précise de celle-ci : hémivulve, clitoris ou, plus rarement, vestibule.

« Vulvaire »

L'inconfort vulvaire peut concerner toute la vulve, à la fois sur son versant cutané et muqueux : c'est souvent le cas des vulvodynies spontanées. Mais il peut aussi se cantonner à une zone particulière de la vulve : vestibule le plus souvent, plus rarement clitoris ou hémivulve. L'inconfort concerne souvent aussi les zones adjacentes : anus, vagin, urètre, vessie [6]. Une étude portant sur 87 femmes atteintes de cystite interstitielle/syndrome de la vessie douloureuse montrait que 50 % de ces femmes souffraient de douleurs vulvaires au contact lors de l'examen gynécologique [7]. D'autres affections sont plus fréquentes chez les femmes atteintes de vulvodynie : fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, colite spasmodique, migraines, intolérances médicamenteuses multiples, intolérances au bruit, à la lumière, etc. [8]. Les femmes qui souffrent de vulvodynie ont un seuil de douleur au contact diminué en d'autres zones du corps (pouce, deltoïde, menton) [9].

« Chronique »

La vulvodynie est une douleur chronique qui existe souvent depuis de nombreux mois ou années au moment où la patiente consulte dans un centre spécialisé. La douleur est quotidienne, avec des « hauts et des bas ». Les rémissions, lorsqu'elles surviennent, n'excèdent pas quelques semaines.

Il n'y a pas eu d'étude spécifique en ce qui concerne la vulvodynie, mais l'expérience montre que, comme souvent au cours des douleurs chroniques inexplicables, un événement inaugural est identifié [10] : candidose, infection urinaire, accouchement, intervention chirurgicale gynécologique, urologique ou proctologique ou événement de vie (deuil, divorce, chômage, infidélité ou découverte d'une infidélité du conjoint, etc.). La fréquence d'événements de vie traumatisants est plus élevée chez les patientes atteintes de vulvodynie [11].

« Sans lésion visible pertinente »

Pour ne pas passer à côté d'une lésion vulvaire, au moins trois conditions sont requises

Examiner la vulve dans de bonnes conditions : éclairage, position de la patiente, installation du médecin.

Examiner la vulve en période douloureuse car certaines affections évoluent par poussées en dehors desquelles aucune lésion n'est apparente. Il en est ainsi de la candidose et de l'herpès, maladies dont le diagnostic et la confirmation microbiologique ne sont possibles qu'en poussée.

Examiner la patiente dans les 24 heures qui suivent un rapport sexuel en cas de douleur coïtale située en un point précis du vestibule ou s'accompagnant de saignement : cette précaution permettra de ne pas méconnaître une fissure mécanique de l'hymen qui cicatrise spontanément en 24 à 48 heures et se reproduit à chaque rapport.

Si une lésion vulvaire est découverte, ou si un examen complémentaire découvre une anomalie, il convient de s'interroger sur la pertinence de ces découvertes : expliquent-elles l'inconfort vulvaire chronique ?

Ainsi un lichen scléreux sans ulcération peut expliquer un prurit mais pas une brûlure. De même, une lichénification circonscrite est responsable d'un prurit circonscrit et non d'une brûlure diffuse.

Les particularités morphologiques de la vulve normale doivent être connues pour ne pas être interprétées à tort comme des « lésions » responsables de la douleur : papilles vestibulaires, grains de Fordyce, érythème maculeux bilatéral et symétrique au pourtour de l'orifice excréteur des glandes Bartholin.

Il faut enfin s'interroger sur la pertinence des résultats des prélèvements vaginaux. Ainsi, ni la présence de mycoplasme, ni celle de streptocoques B ne sauraient être tenues pour responsable de brûlures vulvaires chroniques.

« Sans maladie neurologique cliniquement identifiable »

Des troubles sphinctériens mictionnels ou défécatoires et une anesthésie en selle seront systématiquement recherchés. Leur absence élimine a priori une lésion plexique ou sacrée. Le diagnostic de névralgie pudendale repose sur les critères de Nantes qui sont tous indispensables mais ne permettent pas toujours de différencier vulvodynies et névralgie. Il existe souvent une hyperpathie vulvaire au cours d'authentiques névralgies pudendales. Les explorations paracliniques, notamment électromyographie avec étude des latences sacrées et de la latence distale du nerf pudendal ne sont ni assez sensibles, ni assez spécifiques pour être discriminantes. Le caractère différentiel essentiel tient à la prépondérance spontanée (névralgie pudendale) ou provoquée de type allodynique (vulvodynie provoquée par la pression légère d'un coton tige appliqué en position gynécologique) de la douleur. Le diagnostic de névralgie pudendale est d'autant plus probable que la douleur déborde de la vulve et qu'elle est unilatérale.

Quelle est la cause des vulvodynies ?

La physiopathologie de la vulvodynie est mal connue. Un certain nombre d'hypothèses existent, calquées sur celles de la fibromyalgie, autre symptôme médicalement inexplicable. La vulvodynie pourrait être une manifestation de sensibilisation centrale au cours de laquelle la perception douloureuse est amplifiée. Cette amplification fait intervenir divers paramètres dont la part respective varie probablement selon les patientes : traumatismes externes, facteurs comportementaux.

taux, neurotransmetteurs, hormones, système immunitaire, système nerveux autonome [12,13].

Les outils du traitement

Le traitement de la vulvodynie est empirique. La prise en charge est calquée sur celle des douleurs chroniques [14]. L'attention et l'empathie sont des préalables indispensables à une prise en charge efficace : elles permettront d'affirmer le diagnostic de vulvodynie et d'appréhender, pour chaque patiente, les différentes facettes, biologiques, psychologiques et sociales de sa maladie. Les patientes cherchent plus un médecin informé et compréhensif qu'une prescription médicale [15]. Les 15 à 30 minutes habituellement dévolues à une consultation sont le plus souvent insuffisantes. La vulvodynie pose aussi au médecin un problème de gestion du temps, temps actuellement non pris en compte dans la nomenclature des actes médicaux.

Traitements locaux

Traitements antalgiques

Les bains de siège à l'eau ainsi que les topiques émollients (vaseline, *cold cream*, cérat, huiles d'amandes douces, etc.) ou « cicatrisants » (Jonctum[®], Cicalfate[®]) ont pour certaines patientes un effet apaisant.

La lidocaïne (2 à 5 % sous forme de gel, de gel visqueux ou de nébuliseur)

La prescription d'anesthésiques locaux semble a priori logique. La Xylocaïne[®] en gel ou en nébuliseur est préférable à la Crème EMLA[®] qui procure souvent une sensation de brûlure au moment de l'application. Ces prescriptions soulèvent un certain nombre de problèmes : l'effet anesthésiant est quasi nul sur le versant cutané de la vulve ; il y a risque théorique de sensibilisation ; l'effet anesthésiant, obtenu au bout de dix minutes, est de courte durée (moins d'une demi-heure). L'application de Xylocaïne[®] sur le vestibule pourrait se justifier lors des vestibulodynies au contact : elle pourrait neutraliser la douleur de l'intromission sans affecter la sensibilité des principales zones érogènes génitales (clitoris, vagin). L'effet de ce traitement préventif de la douleur au moment du coït n'a pas été évalué. Certaines patientes trouvent que ces applications les aident à vaincre leur appréhension de la douleur. D'autres s'insurgent contre cette médicalisation du rapport sexuel ou expriment leur crainte de « ne plus rien sentir ». Quant aux sexologues, ils répugnent à l'idée de prescrire un anesthésique local au cours d'un rapport sexuel, moment qu'ils s'efforcent à rendre propice à l'éveil des sensations et non à leur endormissement. Le médecin aidera la patiente à trouver sa voie à travers ce dédale de contradictions.

De nombreux autres traitements locaux ont été proposés, qui, pour la plupart, portent sur de petits effectifs ou souffrent de biais méthodologiques : gabapentine locale [16], capsaïcine ([17,18], injections locales de democorticoïdes+lidocaïne [19], etc. Dans une étude randomisée portant sur 64 patientes souffrant de vestibulodynie provoquée, des injections de toxine botulique A ne se sont pas montrées supérieures au placebo [20].

L'indication des blocs pudendaux n'est pas bien définie.

Traitement local des affections associées susceptibles d'aggraver l'inconfort local

Une estrogénothérapie vulvovaginale sera proposée aux patientes présentant une atrophie vulvaire post-ménopausique, source de sécheresse vulvovaginale et de dyspareunie (exemples : Colpotrophine[®], Trophicrème[®], Physiogyne[®]).

Les antifongiques imidazolés locaux (ovules, crèmes) ne seront prescrits qu'après confirmation mycologique d'une candidose associée : ils seront utilisés soit en traitement épisodique lors des poussées, soit en traitement préventif intermittent (un ovule antifongique par semaine) en cas de candidose récidivant fréquemment.

Les lubrifiants seront utilisés pour remédier à la sécheresse vulvovaginale qui aggrave la douleur à l'intromission (exemples : Sensilube[®], Saugella gel[®], KY jelly[®]).

Remarques sur la tolérance des topiques

L'intolérance aux topiques, quels qu'ils soient (estrogènes, antifongiques, crèmes dites « cicatrisantes », etc.) est fréquente. La patiente ressent au moment de l'application une brûlure qui aggrave l'inconfort pour lequel le topique a été prescrit. Ces brûlures ne s'accompagnent le plus souvent d'aucune anomalie objective ; elles ne relèvent ni d'une allergie ni d'un effet caustique. À l'inverse, des crèmes dépourvues d'activité pharmacologique peuvent apporter un apaisement inattendu conduisant à s'interroger l'effet placebo.

Traitements per os

Traitement symptomatique de l'inconfort

Antalgiques

Les antalgiques (aspirine, paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, dextropropoxifène, codéine) sont en règles inefficaces.

Antidépresseurs

Certains antidépresseurs sont efficaces au cours des douleurs neuropathiques (neuropathie diabétique, névralgies post-zostériennes, douleurs neuropathiques du cancer). C'est par analogie qu'ils sont utilisés dans cette pathologie.

Effet analgésique. L'effet analgésique des antidépresseurs tricycliques est indépendant de l'effet sur l'humeur. Au cours des vulvodynies spontanées généralisées, la molécule le plus souvent utilisée est l'amitriptyline (Laroxyl[®] ou Elavil[®]) [21]. Ce médicament est contre-indiqué en cas de glaucome ou de pathologie cardiaque. La dose moyenne préconisée est de 25 à 50 mg par jour à absorber le soir au coucher. Cette posologie est inférieure à celle utilisée pour obtenir un effet sur l'humeur. Le traitement est débuté à 5 mg par jour puis augmenté progressivement jusqu'à apparition d'une amélioration. Les effets indésirables (bouche sèche, constipation, hypotension orthostatique, tremblements, etc.) sont doses dépendants. Le traitement est poursuivi pendant six mois, puis les doses en sont progressivement réduites jusqu'à l'arrêt.

Une étude randomisée portant sur 53 patientes conclut à l'inefficacité de l'amitriptyline au cours de la vulvodynie [22]. Ces résultats demandent à être confirmés.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine seraient efficaces à de fortes doses. Ils ne font pas partie de la pharmacopée antalgique usuelle de la vulvodynie.

Effet thymoanaleptique. Chez des patientes déprimées, un traitement efficace de la dépression par les inhibiteurs de recapture de la sérotonine ou autres antidépresseurs peut produire, en même temps qu'une guérison de l'état dépressif, une disparition des douleurs vulvaires.

Antiépileptiques

L'efficacité des antiépileptiques sur la composante fulgurante des douleurs neuropathiques a été démontrée. Le clonazepam (Rivotril®) est préféré à la carbamazépine (Tégrétol®), au valproate (Dépakine®) et à la phénytoïne (Dihydantol®) en raison d'une meilleure tolérance. Le Rivotril® est une benzodiazépine et ne doit donc pas être utilisé en cas d'insuffisance respiratoire. La dose initiale est de 0,5 mg le soir au coucher (soit cinq gouttes). Cette dose peut être augmentée progressivement jusqu'à 4 mg par jour en trois prises. Plusieurs études randomisées contre placebo font état d'une efficacité de la gabapentine per os au cours des douleurs neuropathiques (neuropathie diabétique, douleurs post-zostériennes, autres douleurs neuropathiques). La dose initiale préconisée est de 300 mg par jour avec une ascension progressive pouvant atteindre 3600 mg par jour [23].

Il n'y a pas d'études randomisées en ce qui concerne la vulvodynie. Notre expérience est celle d'une tolérance médiocre même à des doses faibles.

Traitement per os des pathologies associées susceptibles d'aggraver l'inconfort local

Traitements anti-infectieux

Toute infection locorégionale récidivante (herpès, candidose, infection urinaire) sera traitée car elle risque d'aggraver l'inconfort vulvaire. Si les récurrences sont fréquentes, un traitement préventif au long cours sera proposé.

Traitement hormonal substitutif

À la ménopause, l'atrophie vulvovaginale due à la carence estrogénique provoque sécheresse et inconfort, facteurs d'aggravation de la vulvodynie. Un traitement estrogénique par voie orale ou percutanée, ou un traitement local vulvovaginal sont susceptibles de réduire l'inconfort lié à la carence estrogénique.

Un traitement psychotrope

Un traitement psychotrope est indiqué s'il existe un état dépressif, une anxiété, des troubles du sommeil voire des symptômes pouvant évoquer un état psychotique. La collaboration d'un psychiatre peut s'avérer utile.

Autres traitements antalgiques

La stimulation électrique nerveuse transvaginale a été comparée au placebo (absence de stimulation électrique) dans une étude incluant 40 patientes. Les patientes ayant reçu la stimulation électriques ont vu leur dyspareunie diminuer et leur fonction sexuelle s'améliorer de manière significative par rapport au groupe placebo [24].

Approche psychosexuelle

L'écoute et l'empathie réalisent une psychothérapie de soutien souvent suffisante. Une démarche d'éducation sexuelle est parfois nécessaire, notamment chez les femmes jeunes qui ont une vision irréaliste, souvent caricaturale d'un acte sexuel qui se réduirait au coût.

Le recours à un(e) psychothérapeute est parfois nécessaire : état dépressif, anxiété envahissant le quotidien, troubles obsessionnels, troubles du comportement alimentaire, etc. Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion de la patiente. L'adresser à un psychothérapeute pour la seule raison qu'il n'y a rien sur la vulve est une démarche vouée à l'échec. Les consultations auprès du somaticien vont permettre à la patiente de formuler une souffrance psychique, préalable nécessaire à l'acceptation d'une démarche psychothérapique.

L'objectif premier de la psychothérapie n'est pas de faire disparaître la douleur vulvaire mais d'apaiser la souffrance psychologique qui est au moins un facteur d'entretien, parfois peut-être, la cause de la vulvodynie. Les approches le plus souvent recommandées sont cognitivocomportementales [25]. Dans une étude randomisée portant sur 50 patientes atteintes de vulvodynie, les thérapies cognitivocomportementales étaient plus efficaces que les psychothérapies de soutien, moins directives [26]. Les thérapies d'inspiration analytique n'ont pas été évaluées. Les vulvodynies s'inscrivent parfois dans un contexte de difficultés conjugales indépendantes du problème vulvaire et de ses conséquences sexuelles. Dans ce cas, une thérapie de couple peut s'avérer utile.

Évaluer la personnalité de la patiente, notamment ses traits hystériques ou hypochondriaques, permettront au médecin d'éviter de tomber dans certains pièges de la relation médecin malades [27].

Physiothérapie

Des séances de rééducation périnéale consistant en des massages des muscles périnéaux et des exercices de *biofeedback* permettent de diminuer la tension des muscles périnéaux, facteur d'entretien de la douleur et de la dyspareunie [28,29]. Les massages périnéaux aident la patiente à moins appréhender le contact [30]. Il importe de s'assurer de la motivation et du professionnalisme des intervenants. Une étude portant sur 14 patients a montré que la physiothérapie, entreprise trois mois après la première visite, pouvait réduire la douleur et améliorer la qualité de vie. Il n'y avait pas d'amélioration pendant les trois premiers mois d'observation durant lesquels la physiothérapie n'avait pas été instituée [30]. Ces résultats demandent à être confirmés par des études sur de plus grands effectifs.

Chirurgie

La vestibulectomie consiste à enlever la muqueuse vestibulaire douloureuse. Certains spécialistes y ont recours en cas d'échec des traitements médicaux. D'autres spécialistes n'ont pas recours à cette chirurgie de la douleur. Les résultats favorables à court terme (diminution de la dyspareunie) oscillent entre 60 et 95 % [31]. Les complications chirurgicales sont rares mais, dans une étude, des cas d'aggravation

des symptômes ont été rapportés chez deux des 22 patientes traitées par vestibulectomie [28]. Les études sur la vestibulectomie, comme nombre d'études sur le traitement de la vulvodynie, souffrent de biais méthodologiques : pas d'évaluation initiale quantifiée, pas de groupe comparatif dans la plupart des études, suivi de courte durée, interventions chirurgicales non standardisées, rôle « adjuvant » des thérapeutiques associées au traitement chirurgical non évalué.

Stratégie thérapeutique

Vulvodynies spontanées

La prise en charge associera écoute, empathie, amitryptiline ou, en cas de douleurs fulgurantes, clonazepam, traitement des pathologies associées, notamment dépression, psychothérapie si nécessaire.

Vulvodynie au contact

Comme au cours des vulvodynies spontanées, l'empathie, l'écoute, le traitement des pathologies associées, la psychothérapie (si nécessaire) sont indiquées. D'autres mesures seront associées : information sur la sexualité, émollients, lubrifiants, anesthésiques locaux, physiothérapie, éventuellement thérapie de couple.

Résultats des traitements

Plusieurs questions se posent quant à l'interprétation des résultats des traitements.

Comment évaluer ?

L'évaluation devrait porter non seulement sur la douleur locale rapportée par la patiente mais aussi sur l'impact de la douleur sur sa vie sexuelle et sur sa qualité de vie en général. Ces évaluations devraient être répétées dans le temps. Les échelles d'évaluation quantitatives sont utiles en pratique et indispensables pour les publications : échelle visuelle analogique visant à quantifier la douleur [32], test du tampon visant à quantifier la douleur au moment de l'extraction d'un tampon [5], vulvoalgésiomètre permettant d'évaluer le seuil de douleur à la pression [33], évaluation multidimensionnelle à la fois quantitative et qualitative de la douleur [34], échelles de la qualité de la vie sexuelle (Female Sexual Function Index [FSFI]) [35].

Dans le cadre d'une approche plurifactorielle, quelle est la part de chacune des mesures mises en œuvre ?

Il est impossible d'évaluer l'impact respectif de chacune des mesures thérapeutiques précédemment citées et de l'attention particulière portée à la patiente au cours de cette démarche.

Quelle est la part de l'effet placebo ?

Comme dans toute douleur, l'efficacité ressentie d'un traitement peut être le fait d'un effet placebo. Deux études comparant respectivement l'efficacité d'une crème à la cromolyn et de crèmes à base de nifepidine montrent que, dans le groupe placebo, près de 50% des patientes évaluent leur amélioration à plus de 50% [36,37]. Seules des études randomisées contre placebo sont susceptibles d'établir l'efficacité d'un traitement de la vulvodynie.

Quels facteurs, notamment psychologiques, peuvent avoir un effet prédictif sur l'efficacité d'une intervention ?

Une étude randomisée portant sur 97 patientes et comparant un traitement topique (dermocorticoïdes, lubrifiants pour les rapports sexuels) aux thérapies cognitivocomportementales montre que, quel que soit le traitement, plus le degré de crainte-évitement de la douleur est initialement élevé, plus le résultat de ces traitements est médiocre. À l'inverse, un degré élevé confiance en ses capacités à vaincre la douleur est un élément prédictif d'efficacité [38].

Comment évolue la maladie dans le temps ?

L'évolution d'une vulvodynie est éminemment variable. Des patientes guérissent du jour au lendemain, comme par « miracle », sans qu'aucune explication médicale rationnelle puisse être fournie, d'autres souffrent inlassablement pendant des années en dépit de consultations aussi innombrables que les traitements proposés. Certaines patientes atteintes de vestibulodynie provoquée ont pu guérir lors d'un changement de partenaire. Dans une étude incluant 45 patientes atteintes de vulvodynie, 22% des patientes étaient en rémission complète au terme de deux ans de suivi [39]. Nul ne sait actuellement si, chez les patientes « guéries », la vulvodynie cède la place à d'autres symptômes médicalement non expliqués ou à l'émergence d'un état dépressif ou d'anxiété majeure que « colmatait » la douleur vulvaire.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Annexe 1. Diagnostic de la vulvodynie

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

La prescription d'examen complémentaires est guidée par l'anamnèse

Ces examens visent à identifier une infection associée, source de majoration occasionnelle ou récurrente de l'inconfort vulvaire (candidose, herpès, infection urinaire)

Les indications des explorations électromyographiques restent à préciser

Annexe 2. Retentissement psychologique et physique des vulvodynies

1. Retentissement commun à toutes les douleurs chroniques médicalement inexpliquées
 - Anxiété due au caractère rebelle de l'inconfort, à l'inquiétante perplexité des médecins consultés (« mon médecin ne comprends pas »), à la crainte que la douleur ne soit due à une maladie grave qui aurait échappé à la sagacité médicale.
 - Dépression due à la limitation des activités sociales habituelles, à une impression d'incurabilité, à l'impossibilité de prévoir la durée de la maladie, à un sentiment d'incompréhension (cf. le tristement fameux : « Vous n'avez rien »).
2. Retentissement spécifique aux douleurs chroniques de la vulve
 - A. Pour toutes les vulvodynies
 - Crainte d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible
 - Sensation d'être sale, « souillée », « impure ».
 - Sentiment de perte de la féminité
 - Honte
 - B. Pour les vulvodynies au contact
 - Évitement des rapports sexuels
 - Évitement de certaines activités de loisir : bicyclette, équitation, piscine
 - Restrictions vestimentaires
 - Réduction de la libido
 - Crainte de perdre le partenaire en raison de l'espacement voire de l'absence de rapports sexuels
 - Vaginisme (contraction involontaire des muscles périnéaux lors de toute tentative d'intromission)
 - Défaut de lubrification

Annexe 3. Les six messages de la première consultation

1. Nommer la maladie (vulvodynie) et expliquer que c'est actuellement le motif le plus fréquent de consultation dans les centres de pathologie vulvaire.
2. La vulvodynie n'est pas une maladie « imaginaire ». La douleur est réelle.
3. La vulvodynie n'est ni une maladie sexuellement transmissible ni un cancer ni un état précancéreux.
4. « Ce n'est pas dans la tête ». La vulvodynie ne reconnaît actuellement aucune étiologie organique mais l'on ne saurait affirmer pour autant que sa cause est « psychologique ». La dimension psychologique de cet inconfort chronique doit néanmoins être prise en compte
5. Comme pour toute douleur chronique, il n'y a pas une recette « miracle » : une approche multifactorielle du problème est souhaitable (dermatologique, psychologique, physiothérapique, sexuelle). Cette approche sera d'abord corporelle, centrée sur la douleur physique et ses conséquences. L'orientation vers un psychothérapeute nécessite une maturation qui se fait souvent au fil des consultations.
6. La vulvodynie n'est pas une maladie « incurable ».

Références

- [1] Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia? *J Am Med Womens Assoc* 2003;58:82–8.
- [2] Toeima E, Nieto J. Junior doctors' understanding of vulval pain/Vulvodinia: a qualitative survey. *Arch Gynecol Obstet* 2010 [sous presse, online PMID 20495813].
- [3] Richardson RD, Engel CCJ. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004;10:18–30.
- [4] Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med* 2004;49:772–7.
- [5] Foster DC, Kotok MB, Huang LS, et al. The tampon test for vulvodinia treatment outcomes research: reliability, construct validity, and responsiveness. *Obstet Gynecol* 2009;113:825–32.
- [6] Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *J Urol* 2007;177:450–6.
- [7] Peters KM, Carrico DJ, Diokno AC. Characterization of a clinical cohort of 87 women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2008;71:634–40.
- [8] Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003;29(Suppl. 1):45–58.
- [9] Giesecke J, Reed BD, Haefner HK, Giesecke T, Clauw DJ, Gracely RH. Quantitative sensory testing in vulvodinia patients and increased peripheral pressure pain sensitivity. *Obstet Gynecol* 2004;104:126–33.
- [10] Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 1997;73:269–94.
- [11] Plante AF, Kamm MA. Life events in patients with vulvodinia. *BJOG* 2008;115:509–14.
- [12] Di Franco M, Iannuccelli C, Alessandri C, et al. Autonomic dysfunction and neuropeptide Y in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27:S75–8.
- [13] Di Franco M, Iannuccelli C, Valesini G. Neuroendocrine immunology of fibromyalgia. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1193:84–90.
- [14] Mandal D, Nunns D, Byrne M, et al. Guidelines for the management of vulvodinia. *Br J Dermatol* 2010;162:1180–5.
- [15] Wines N. Strategies required to improve the management of chronic vulvar discomfort in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:75–8.
- [16] Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, Raker CA. Topical gabapentin in the treatment of localized and generalized vulvodinia. *Obstet Gynecol* 2008;112:579–85.
- [17] Foster DC, Dworkin RH, Wood RW. Effects of intradermal foot and forearm capsaicin injections in normal and vulvodinia-afflicted women. *Pain* 2005;117:128–36.
- [18] Murina F, Radici G, Bianco V. Capsaicin and the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a valuable alternative? *MedGenMed* 2004;6:48.
- [19] Murina F, Tassan P, Roberti P, Bianco V. Treatment of vulvar vestibulitis with submucous infiltrations of methylprednisolone and lidocaine. An alternative approach. *J Reprod Med* 2001;46:713–6.
- [20] Petersen CD, Giraldi A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A – A novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double-blinded study. *J Sex Med* 2009;6:2523–37.
- [21] Updike GM, Wiesenfeld HC. Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1404–9.
- [22] Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the

- management of vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:163–9.
- [23] Backonja M, Glanzman RL. Gabapentin dosing for neuropathic pain: evidence from randomized, placebo-controlled clinical trials. *Clin Ther* 2003;25:81–104.
- [24] Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115:1165–70.
- [25] Weijenborg PT, Ter Kuile MM, Stones W. A cognitive behavioural based assessment of women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:262–8.
- [26] Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009;141:31–40.
- [27] Consoli SM. Dépression et pathologies organiques associées, une comorbidité encore sous-estimée. Résultats de l'étude Dialogue. *Presse Med* 2003;32:10–21.
- [28] Bergeron S, Binik YM, Khalife 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.
- [29] Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oata M, Binik YM, Khalife S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2002;28:183–92.
- [30] Ventegodt S, Morad M, Hyam E, Merrick J. Clinical holistic medicine: holistic sexology and treatment of vulvodynia through existential therapy and acceptance through touch. *Scientific-WorldJournal* 2004;4:571–80.
- [31] Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain* 2008;24:155–71.
- [32] Scott PJ. Iatrogenic disease. *N Z Med J* 1976;84:405–8.
- [33] Eva LJ, Reid WM, MacLean AB, Morrison GD. Assessment of response to treatment in vulvar vestibulitis syndrome by means of the vulvar algometer. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:99–102.
- [34] Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277–99.
- [35] Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–208.
- [36] Nyirjesy P, Sobel JD, Weitz MV, Leaman DJ, Small MJ, Gelone SP. Cromolyn cream for recalcitrant idiopathic vulvar vestibulitis: results of a placebo-controlled study. *Sex Transm Infect* 2001;77:53–7.
- [37] Bornstein J, Tuma R, Farajun Y, Azran A, Zarfati D. Topical nifedipine for the treatment of localized provoked vulvodynia: a placebo-controlled study. *J Pain* 2010 [sous presse, online PMID 20537958].
- [38] Desrochers G, Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, Jodoin M. Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res Ther* 2010;48:106–15.
- [39] Reed BD, Haefner HK, Edwards L. A survey on diagnosis and treatment of vulvodynia among vulvodynia researchers and members of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. *J Reprod Med* 2008;53:921–9.