

## Compte rendu de la réunion d'information médicale du 20 mars organisée par l' AFAP-NP et l' AFCI

*Intervention Dr C. VADHAT, Gynécologue, spécialiste des vestibulodynies, Paris*

### **LA VESTIBULODYNIE**

La vestibulodynie est une forme particulière de la vulvodynie qui est définie comme un inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures, apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique.

#### **La vestibulodynie se caractérise par deux éléments principaux :**

**1) La douleur** à type d'inconfort vulvaire, est ressentie lors des relations sexuelles. Elle peut être spontanée, constante, continue. Elle est localisée dans une zone en forme de fer à cheval dans le vestibule postérieur, parfois plus rarement elle peut également toucher le vestibule antérieur.

- La douleur est **primaire** lorsqu'elle est présente dès le début des premiers contacts vulvaires, lors de la première insertion de tampon périodique.
- La douleur est **secondaire** lorsqu'elle survient après de nombreuses années de rapports indolores. Dans ce cas, la douleur est déclenchée par un événement spécifique : infections vulvaires, antibiothérapies prolongées, traitements locaux agressifs (ex : traitements au laser), allergie, accouchement avec ou sans épisiotomie ou déchirure, intervention chirurgicale périnéale, contraception...

#### **2) Un érythème endovulvaire vestibulaire :**

L'examen montre la présence d'une congestion située autour de l'orifice des glandes de Bartholin, ou de la partie postérieure de l'orifice vulvaire. La rougeur peut être latérale ou bilatérale. Le simple attouchement de cette zone par un coton tige déclenche la douleur.

*La vestibulodynie est un problème très fréquent qui a une incidence sur la sexualité car elle entraîne des rapports douloureux. 15,5 % des dyspareunies (douleur lors des rapports sexuels) seraient liées à ce problème de vulvodynie. L'âge moyen de consultation est de 28 ans avec un début à 23 ans.*

*Les patientes sont confrontées au problème de la douleur et à ses conséquences : elles se sentent souvent « diminuées » par ces douleurs qui les rendent inaptes à avoir des rapports sexuels et dont la culpabilité peut aggraver cette douleur vulvaire. Il ya le risque d'installation dans une forme d'insécurité qui pourra être à l'origine ou aggraver un syndrome anxieux ou dépressif.*

## **Comment reconnaître les vestibulodynies :**

Ce sont des affections qui commencent tôt, 50 % débutent avant 25 ans et 75% avant 35 ans. Les patientes pensent que le retard à poser le diagnostic aggrave leurs symptômes . Porter un diagnostic le plus précocement, est le meilleur moyen pour obtenir une guérison dans un temps le plus court possible.

### **1) Les symptômes**

La douleur qui dans 70% des cas se manifeste sous forme les brûlures, de dyspareunies, de sensation de picotement. Il n'y a jamais de prurit et pas de persistance la nuit (facteur très important).

### **2) Deux hypothèses concernant leur déclenchement (à ne pas opposer)**

- Hypothèse neuropathique avec un processus central qui expliquerait que les problèmes psychologiques ou sexuels aient un retentissement.
- hypothèse psychosexuelle avec des anomalies psychologiques ou sexuelles .

### **3) Hypothèses concernant la compréhension des mécanismes**

**C'est une anomalie de 3 systèmes indépendants :** la muqueuse au niveau de la vulve, les muscles du plancher pelvien et la régulation de la dopamine par le système nerveux central qui également a été mis en évidence dans ce dysfonctionnement. On peut les regrouper avec les fibromyalgies, les syndromes du colon irritable, on manque de critères objectifs pour parvenir à préciser vraiment le pourquoi de ces lésions.

**Muqueuse vulvaire ?** Une inflammation régionale de la muqueuse vestibulaire est toujours présente ainsi qu'une sensibilité particulière aux mycoses mais également au stress. A été étudié aussi la possibilité d'un terrain génétique particulier.

**Trouble musculaire ?** Les troubles musculaires avec une hypertonie du vagin, les patientes ont une hypertonie à force d'avoir mal, elles sont toujours en contraction. Les muscles pelviens sont très réactifs aux stimuli émotionnels d'où l'intérêt de la kinésithérapie.

**Les troubles généralisés de la perception de la douleur ?** Il y a également un abaissement du seuil à la douleur sur le vestibule et les petites lèvres. La douleur aux rapports sexuels peut provoquer une détresse et des pensées « catastrophistes ».

**Les facteurs génétiques ?** 32 % des patientes atteintes de vestibulodynie ont un membre de la famille avec dyspareunie.

**Rôle de la pilule ?** certaines patientes ayant constaté l'apparition de la vestibulodynie dès la prise des premiers contraceptifs, systématiquement, il est proposé aux patientes d'arrêter, même si rien n'est vraiment démontré.

**Les enquêtes étiologiques** n'ont pas retrouvé d'infection HPV ( virus très fréquent ) de façon plus importante chez ces patientes. En revanche, des candidoses qui s'expliquent par le fait qu'il y a une hypertonie du périnée.

## Les traitements

### 1) Les traitements de première intention

Quand le diagnostic est posé, la patiente se sent sécurisée, elle est reconnue dans sa pathologie, alors peut commencer le processus thérapeutique.

**Les règles d'hygiène intime** : application locale de glace, utilisation d'un gel nettoyant à PH neutre.

**Les traitements locaux** : application d'un gel qui **anesthésie** la zone du vestibule, qui permettra de recommencer en confiance et sans douleur les rapports. **Les anti-inflammatoires** sont essentiellement les crèmes à base de cortisone si il y a une inflammation vraiment très importante. Pour les femmes en pré-ménopause ou en ménopause on peut corriger une sécheresse vaginale, en amenant **des œstrogènes** pour équilibrer le PH . **Les injections intra dermique** (corticoïdes, lidocaïne qui est un anesthésiant), à base également de toxine botulique comme dans les névralgies pudendales.

**La kinésithérapie** est essentielle, elle permet de normaliser la tension musculaire, d'améliorer la proprioception et le contrôle musculaire, d'améliorer la souplesse musculaire et tissulaire au niveau de l'ouverture vaginale

### 2) Les autres options thérapeutiques :

**Les injections d'acide hyaluronique** permettant la formation d'un coussinet sous les zones douloureuses sont à l'étude. Mon expérience assez positive permet d'obtenir une réparation plus rapide de cette zone du vestibule postérieure qui est très fragile.

**Les injections de toxine botulique** utilisées pour relâcher les muscles du périnée

**Les médicaments** : **Les antihistaminiques** si il y a une notion de terrain allergique qui est associée. **Les antalgiques** : pour ma part, je prescris de préférence des antalgiques locaux. On peut être amené à prescrire **un antidépresseur tricyclique** en particulier le laroxyl à très faible dose qui va rendre les terminaisons nerveuses moins sensibles aux stimulations.

**La chirurgie** : Il s'agit d'une vestibulectomie postérieure (ablation du vestibule postérieur et abaissement vaginal). Taux de guérison : 50%. Ne doit être proposée qu'en cas d'échec des autres thérapeutiques.

On évite systématiquement le laser qui aggrave les symptômes.

## Conclusion :

Les traitements de la vestibulodynie sont complexes et au long cours. L'impératif principal étant de ne pas nuire. Son diagnostic précoce améliore les chances de guérison.

La prise en charge doit impérativement être pluridisciplinaire. Elle nécessite en effet une étroite collaboration entre le gynécologue et le dermatologue, le kinésithérapeute, le psychothérapeute et le patient. Compte tenu de l'impact sur la vie sexuelle, le recours à un sexologue ou à un psychothérapeute fait partie du parcours thérapeutique.

Le traitement chirurgical est réservé aux formes sévères qui évoluent depuis plus d'un an, parfois même depuis plus de deux ans. La collaboration du chirurgien avec une équipe multidisciplinaire est essentielle pour poser l'indication et améliorer le résultat postopératoire.