



*Nil actum credens, dum quid supereset agendum\*.*

Marcus Annaeus Lucanus, Pharsale II, 657.

**L**A VULVODYNIE est un syndrome vulvaire douloureux qui se manifeste par des sensations de brûlure, d'irritation ou d'éraflure<sup>1</sup>. Les symptômes peuvent être intermittents ou constants. La vulvodynie se distingue du syndrome prurigineux vulvaire ou périanal, qui se caractérise principalement par une démangeaison associée soit à une infection vulvovaginale, à une allergie ou à une dystrophie, soit à des lésions localisées comme les néoplasies intraépithéliales ou les infections par le virus du papillome humain.

La vulvodynie s'accompagne de dyspareunie, de dysfonctions sexuelles, de limitation des activités quotidiennes et d'une certaine détresse psychologique<sup>2</sup>. Les femmes qui en souffrent ont le plus souvent consulté de nombreux médecins, eu recours à de multiples traitements locaux et systémiques sans que leur problème soit soulagé de façon satisfaisante. La prévalence de la vulvodynie peut atteindre jusqu'à 15 % des consultations dans une clinique de gynécologie générale<sup>3</sup>. On serait tenté de croire qu'avec une telle fréquence, la vulvodynie serait une affection banale contre laquelle il existerait des moyens d'action définis et des modalités thérapeutiques efficaces, mais en réalité, elle demeure un syndrome de frustrations, tant pour le médecin traitant que pour la patiente.

On peut diviser la vulvodynie en deux principaux sous-groupes à partir des données obtenues à l'anamnèse et à l'examen clinique :

*Le Dr Pierre Lévesque, obstétricien-gynécologue, exerce au Centre hospitalier régional de Rimouski.*

# La vulvodynie

par Pierre Lévesque

**Malédiction de l'omnipraticien, cauchemar du spécialiste, la vulvodynie est une affection extrêmement frustrante pour la femme qui en souffre.**

**Désespérée, M<sup>me</sup> Dernier-Recours vous consulte parce qu'elle a « entendu parler de vous en bien ». Deviendra-t-elle le naufrageur de votre réputation ?**

- la vestibulite ;
- la vulvodynie essentielle.

## Démarche diagnostique

Les symptômes apparaissent brusquement, puis s'installent pour durer finalement des mois ou des années. L'approche clinique doit être systématique. Il faut à tout prix éviter l'utilisation impulsive de traitements inappropriés, potentiellement dangereux, qui ne pourraient qu'aggraver la situation et entraîner une dysfonction sexuelle secondaire difficile à guérir. Il faut entreprendre rapidement une démarche diagnostique rigoureuse, préciser le sous-type, éduquer la patiente et mettre en action un plan de soins et de suivi (*figure 1*)<sup>2</sup>.

**L'anamnèse doit porter sur les éléments suivants :**

- Les infections : moniliase, *herpes simplex*, virus du papillome humain, zona.
- Les maladies dermatologiques : psoriasis, lichen plan, eczéma, etc.
- Les causes spécifiques : cystite interstitielle, syndrome urétral, névrites

périphériques.

- L'histoire sexuelle, qui doit être détaillée.
- Les traitements antérieurs : traitements systémiques ou topiques, utilisation de la podophylline et de ses dérivés, acide trichloracétique, cryothérapie, laser, etc.

**À l'examen clinique, on doit rechercher les éléments suivants :**

- Érythème, dépigmentation de la peau.
- Ulcérations, lésions surélevées.
- Lésions blanches focales ou lésions pigmentées.
- Kystes des glandes de Bartholin ou de Skene.

**On doit également :**

- délimiter l'aire douloureuse par le test du coton-tige ;
- procéder à des cultures vaginales et (ou) à un frottis à l'état frais ;
- adresser la patiente pour une colposcopie, au besoin, et faire un test à l'acide acétique à 3 ou 5 % avec ou sans recours à la biopsie.

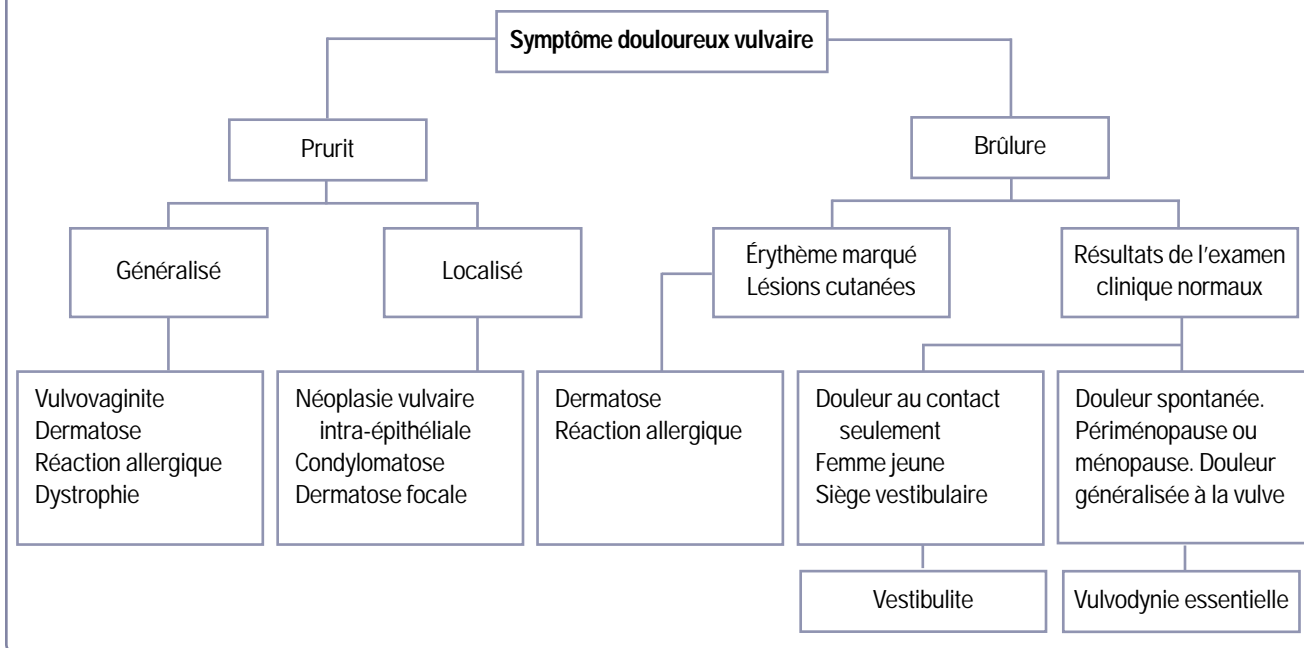
\* Pensant qu'il n'y avait rien de fait tant qu'il restait quelque chose à faire.

**Il faut à tout prix éviter l'utilisation impulsive de traitements inappropriés, potentiellement dangereux, qui ne pourraient qu'aggraver la situation.**

Repère

Figure 1

## Algorithme du diagnostic clinique



## La vestibulite

La vestibulite se manifeste par une douleur intense de l'introitus déclenchée par le coït ou par le simple toucher<sup>4</sup>. La douleur n'est pas présente spontanément. Elle ne survient qu'au contact. Le syndrome débute subitement et peut suivre de près un événement identifiable comme une infection mycosique, une exposition à des substances irritantes, un traitement aux corticostéroïdes topiques ou une vaporisation au laser<sup>5</sup>. Le test du coton-tige provoque une douleur exquise, habituellement maximale au niveau de l'ouverture du canal de la glande de Bartholin. Cette douleur atteint toute la région du vestibule, surtout à

sa partie postérieure (figure 2)<sup>3,5</sup>.

L'examen clinique montre un érythème vestibulaire peu spécifique. Les résultats des cultures vaginales sont négatifs et, si une biopsie est pratiquée, elle ne révélera qu'une réaction inflammatoire non spécifique de la muqueuse atteinte. Il n'est cependant pas nécessaire de recourir à la biopsie pour établir le diagnostic<sup>5</sup>.

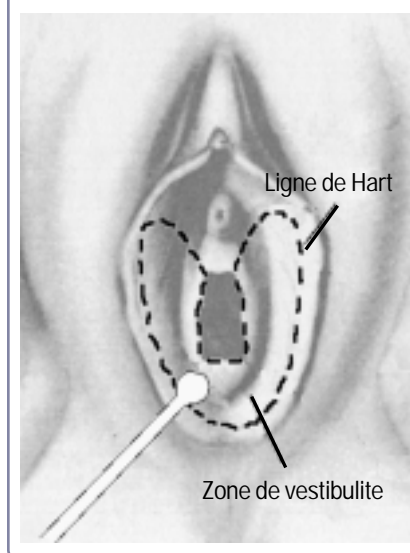
La vestibulite frappe la femme jeune. L'âge moyen de consultation est de 21 ans. Elle peut commencer dès l'adolescence et précéder le début des activités sexuelles. On parle alors de vestibulite primaire. Mais le plus souvent, elle apparaît après un période de vie sexuelle normale<sup>6</sup>.

La cause de la vestibulite reste in-

La cause de la vestibulite reste inconnue. Son évolution laisse par contre soupçonner une origine nettement organique.

Figure 2

## Délimitation du vestibule



connue. Son évolution laisse par contre soupçonner une origine nettement organique<sup>7</sup>. L'examen anatomopathologique de la muqueuse vestibulaire

Repère

des patientes atteintes montre une augmentation focale de la densité des terminaisons nerveuses, ainsi qu'une inflammation non spécifique à plasmocytes, à lymphocytes T et à mastocytes sans adénite véritable<sup>7</sup>.

La vestibulite évolue vers la chronicité et son diagnostic ne peut être établi qu'après une période d'au moins six mois de symptômes ininterrompus. Il est important de mesurer l'ampleur du syndrome douloureux à l'aide d'une échelle semi-quantitative de gradation, de façon à pouvoir apprécier l'efficacité du traitement<sup>6</sup>.

### Traitement

Les modalités thérapeutiques proposées pour le traitement de la vestibulite sont le plus souvent fondées sur des hypothèses étiologiques dont la validité n'est toujours pas démontrée. La valeur des preuves scientifiques est plutôt faible. Il y a trop peu de bonnes études cliniques contrôlées avec un échantillonnage suffisant pour établir un plan de soins qui s'appuie sur des bases solides<sup>8</sup>.

L'objectif du traitement est une reprise satisfaisante des activités sexuelles. Il peut être sage au début de restreindre les relations sexuelles avec pénétration. L'empathie et la compréhension du médecin envers la détresse de la patiente ainsi que la restriction temporaire et prescrite du coït auront pour effet de la relever d'une « obligation de performance » qui constitue une cause importante de stress. Une dysfonction sexuelle secondaire peut compliquer la vestibulite, et l'approche clinique doit viser à en réduire les risques d'apparition.

Lorsque les symptômes sont d'apparition récente ou que l'atteinte est légère, le recours au *biofeedback* et aux

exercices de relaxation-contraction de la musculature périnéale a un bon taux de succès. Dans un monde idéal, l'approche par *biofeedback* devrait être offerte à toutes les patientes. Elle est souvent efficace et ne comporte aucun risque<sup>6,7</sup>.

L'utilisation de lubrifiants et d'anesthésiques locaux (gel de xylocaïne à 2 % ou pommade à 5 %) appliqués avant le coït peut suffire dans les cas plus légers<sup>3,5,6</sup>.

Une étude clinique contrôlée à double insu avec randomisation a montré qu'une crème d'œstrogènes conjugués à une dose de trois grammes administrés par voie intravaginale au coucher pendant six semaines atténue de façon soutenue les symptômes et s'avère supérieure au placebo. Si la patiente y répond de façon satisfaisante, ce traitement peut être poursuivi à raison de deux applications par semaine pendant six mois<sup>6</sup>.

L'administration d'interféron par voie générale ou sous forme d'injections locales s'est quelques fois révélée efficace dans le cadre d'études non contrôlées, mais les effets secondaires sont souvent importants<sup>3,5,6</sup>.

Il est justifié de faire un essai clinique de corticostéroïdes topiques sous forme de crème, car cela permet d'exclure la possibilité qu'un phénomène allergique ou une dermatose soient la cause des symptômes. Mais en règle générale, l'efficacité des corticostéroïdes en application locale n'a pas été démontrée dans le traitement de la vestibulite<sup>3</sup>.

Lorsque les symptômes sont graves,

lorsque toute relation sexuelle avec pénétration est impossible ou lorsque les approches conservatrices ont échoué, le recours à la chirurgie peut devenir la seule solution acceptable. Le traitement de loin le plus efficace de la vestibulite demeure la vestibulectomie superficielle avec ou sans avancement vaginal. Elle est effectuée sous anesthésie générale, et le taux de réponse partielle ou totale est de 89 %. Bornstein et ses collaborateurs ont effectué une revue exhaustive de la littérature sur le sujet et font état d'un taux de soulagement complet des symptômes de 72 % avec l'approche chirurgicale. Il semble de plus que les effets du traitement par excision de la muqueuse atteinte persistent et s'améliorent à long terme<sup>7</sup>.

### La vulvodynie essentielle

La vulvodynie essentielle affecte les femmes à la période périménopausique ou postménopausique. Les patientes consultent pour des symptômes de brûlures vulvaires diffuses, persistantes et constantes, même en l'absence de contact. La dyspareunie est moins marquée que dans la vestibulite, mais elle fait toujours partie du syndrome.

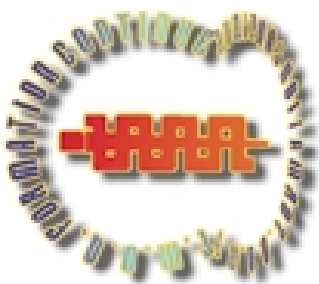
La vulvodynie essentielle s'accompagne parfois d'un syndrome urétral, d'un malaise rectal et de lombalgies basses chez la femme âgée. Sa cause reste obscure. Cette affection semble liée à une hyperesthésie cutanée par altération des perceptions sensorielles et, en ce sens, elle s'apparente à la

La cause de la vulvodynie essentielle reste obscure. Cette affection semble liée à une hyperesthésie cutanée par altération des perceptions sensorielles et, en ce sens, elle s'apparente à la glossodynie, dont l'origine est en partie psychogène.

### Repère

# FMOQ - Formation continue Dermatologie/Rhumatologie

12 et 13 octobre 2000, Château Frontenac, Québec  
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499



## Summary

**Vulvodynia.** Vulvodynia is a frustrating syndrome. Even if it affects a fairly large number of women, its causes are still unknown and we do not have for the moment a reasonably good therapeutic option available. The reports are scarce and no large, well-controlled, double-blind study has yet been published in the literature. This paper discusses the clinical approach to this incapacitating condition.

**Key words:** vulvodynia, vestibulitis, dyspareunia.

glossodynie, dont l'origine est en partie psychogène<sup>2</sup>. L'examen clinique n'est pas révélateur, et le test du coton-tige ne provoque pas de douleur exquise comme dans les cas de vestibulite.

L'amitriptyline est généralement efficace. Le traitement doit débuter par la prise d'une petite dose de 10 à 20 mg au coucher. La posologie est lentement augmentée par petites doses successives jusqu'à l'obtention d'un soulagement adéquat. On pourra atteindre finalement une posologie de 40 à 60 mg par jour, qu'on pourra prolonger pendant six mois environ<sup>2,5</sup>.

**I**L EST IMPORTANT d'avertir les patientes souffrant de vestibulite ou de vulvodynie essentielle qu'elles doivent avoir des attentes réalistes vis-à-vis de la thérapie. Les rechutes sont fréquentes et le degré de soulagement hautement variable. Le médecin bien intentionné doit prendre garde à ne pas recourir à des traitements dont l'efficacité est douteuse. Certaines approches thérapeutiques sont susceptibles d'aggraver les symptômes ou de créer de faux espoirs qui augmentent progressivement la frustration. L'approche doit être systématique et le diagnostic établi avec sûreté. Il faut

discuter des principes généraux et universels d'une bonne hygiène périnéale et de l'élimination des irritants avec toutes les femmes qui consultent pour des problèmes vulvaires. Le soutien psychologique est une composante essentielle de l'approche thérapeutique et, s'il existe des groupes d'entraide dans la collectivité, il est recommandé d'y orienter la patiente.

Malgré de nombreuses années de recherche, la cause de la vestibulite et de la vulvodynie essentielle demeure toujours mystérieuse. En corollaire, la valeur scientifique des approches thérapeutiques est faible, car elle se fonde le plus souvent sur des opinions ou sur les résultats de petites études non contrôlées dans un domaine où l'effet placebo est important<sup>5,6,8</sup>. Il reste beaucoup à faire. □

**Date de réception :** 22 février 2000.

**Date d'acceptation :** 16 mars 2000.

**Mots clés :** vulvodynie, vestibulite, dyspareunie.

## Bibliographie

1. Burning vulva syndrome: Report of the ISSVD Task Force. *J Reprod Med* 1984; 29: 457.
2. Metts JF. Vulvodynia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management. *Am Fam Phys* 1999; 59: 1547-56.
3. Baggish MS, Miklos JR. Vulvar pain syndrome: a review. *Obstet Gynecol Survey* 1995; 50: 618-27.
4. Rapkin AJ. Pelvic pain and dysmenorrhea. Dans : Berek JS, réd. *Novak's Gynecology*. 12<sup>e</sup> éd. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996; chap. 14.
5. Brydon L. Skin diseases of the vulva. *Can J Diagnosis* 1999; 16: 87-96.
6. Baril C. La vestibulite vulvaire et son traitement. 2<sup>e</sup> congrès de l'Association de médecine sexuelle du Québec. *L'Omnipraticien* 11 novembre 1999: 38-9.
7. Bornstein J, Zarfati D, Goldik Z, Abramovici H. Vulvar vestibulitis: physical or psychosexual problem. *Obst Gynecol* 1999; 93: 876-80.
8. Boardman LA, Peipert JF. Vulvar vestibulitis: is it a defined and treatable entity. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 945-6.