

# LES DOULEURS PENDANT LES RELATIONS SEXUELLES

## LA PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Depuis maintenant deux années, Josiane éprouve des douleurs pendant les relations sexuelles.

Au début, elle n'en parlait pas, croyant que le tout se corrigerait spontanément. Elle trouve finalement quelques réponses à ses questions sur divers forums de discussion sur Internet. Elle semble se reconnaître dans l'histoire de plusieurs femmes souffrant de vestibulodynie.

Elle s'en inquiète et vous consulte. Comment pouvez-vous l'aider ?

Marie-Josée Dupuis

### POSER LES BONNES QUESTIONS ET ÉCOUTER LES RÉPONSES

On estime qu'environ 15 % des femmes ressentent des douleurs au moment des relations sexuelles<sup>1</sup>. La coïtalgie est souvent perçue au niveau de la région vulvopérinéale et quelquefois au niveau pelvien. L'anamnèse détaillée vise à en établir la cause probable et à en évaluer les répercussions sur la vie sexuelle de la patiente. Il est aussi opportun de questionner cette dernière sur la présence d'autres symptômes douloureux, puisque la coexistence d'affections douloureuses est fréquente chez les femmes atteintes de vestibulodynie et de vulvodynie<sup>2</sup>. Enfin, le médecin doit rechercher l'existence de symptômes anxieux ou dépressifs, qui peuvent complexifier la prise en charge. Le tableau I contient les questions pertinentes à poser à votre patiente souffrant de coïtalgie.

#### DEPUIS QUAND RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR PENDANT LES RELATIONS SEXUELLES ?

En général, les patientes sont capables d'indiquer quand le problème s'est installé. Le moment correspond souvent à un événement qui entraîne une douleur aiguë : une cystite bactérienne, une intervention gynécologique ou obstétricale douloureuse, une vulvovaginite à *Candida*, etc. Si la patiente a de la difficulté à le préciser, il faut lui demander si elle se rappelle avoir eu des rapports sexuels indolores. En effet, chez certaines femmes, la coïtalgie est apparue dès la première relation sexuelle et n'a fait qu'empirer par la suite.

#### LA DOULEUR EST-ELLE PRÉSENTE À CHAQUE RELATION SEXUELLE ?

Le médecin doit établir si la douleur survient à chaque relation ou si certaines circonstances la provoquent ou

La Dre Marie-Josée Dupuis, obstétricienne-gynécologue, exerce au Département d'obstétrique et gynécologie du CHUM et est professeure agrégée à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

#### TABLEAU I | QUESTIONS PERTINENTES À UNE FEMME ATTEINTE DE COÏTALGIE

- ▶ Depuis quand avez-vous des douleurs pendant les relations sexuelles ?
- ▶ La douleur est-elle présente à chaque relation sexuelle ?
- ▶ Où se situe-t-elle ?
- ▶ Est-elle soulagée par quelque chose ?
- ▶ Se manifeste-t-elle à d'autres moments que pendant des relations sexuelles ?
- ▶ Avez-vous des douleurs ailleurs dans votre corps sans lien avec la sexualité ?

Tableau de l'auteur.

l'inhibent. Lorsque la douleur est intermittente, il soupçonnera des facteurs de type infectieux (infection vaginale à levures, cystite) ou sexuel (excitation insuffisante, coït trop long avec irritation vulvaire subséquente). La femme qui consulte spécifiquement pour une coïtalgie éprouve généralement des douleurs à chaque tentative de pénétration depuis de nombreux mois. Le phénomène s'est pour ainsi dire chronicisé.

#### OÙ SE SITUE LA DOULEUR ?

La description du foyer de la douleur varie selon la schématisation que se fait la patiente des organes sexuels. Il est donc important de comprendre que les mots vulve, vestibule, périnée, vagin, utérus et ovaire font référence à des concepts anatomiques définis en médecine, mais qui peuvent être différents pour la patiente et pas nécessairement en lien avec l'organe précis. Qu'on pense simplement à la confusion qui existe chez bien des gens entre la région lombaire et la perception d'une douleur « rénale ». La façon la plus simple de faire préciser le foyer de la douleur est de tenter de savoir si cette dernière survient dès l'entrée du pénis dans le vagin ou si elle est plus profonde, dans le bas du ventre. Cette distinction nous permet de dissocier

TABLEAU II

**AFFECTIONS CONCOMITANTES  
FRÉQUENTES EN CAS  
DE COÏTALGIE**

- ▶ La cystite interstitielle
- ▶ Le syndrome du côlon irritable
- ▶ La fibromyalgie
- ▶ La dysménorrhée
- ▶ L'anxiété
- ▶ La dépression

Tableau de l'auteur.

la douleur d'origine vulvopérinéale de celle qui est causée par la mobilisation de l'utérus et des annexes lors de la pénétration. Certains cliniciens parlent de douleur superficielle et profonde, bien qu'encre une fois cette nuance, qui repose sur certaines notions anatomiques (vulve, vagin, abdomen), trouve souvent peu d'écho chez la patiente.

**EST-CE QUE LA DOULEUR EST SOULAGÉE  
PAR QUELQUE CHOSE ?**

Chez certaines femmes, la douleur est modulée par la position, la durée et la fréquence des relations sexuelles. Il est alors important d'aider la patiente à bien repérer les facteurs qui y contribuent. La description des stratégies auxquelles elle a recours pour atténuer la douleur est utile au médecin pour préciser la cause. Par exemple, une douleur en lien avec la position est la plupart du temps attribuable à une pression trop directe du pénis sur le col de l'utérus. En modifiant la position, la femme peut éviter le contact trop direct en dirigeant le pénis vers le cul-de-sac postérieur du vagin, soit la portion du vagin qui s'allonge lors de la relation sexuelle. Pour les femmes dont l'arche du pubis est étroite, certaines positions sexuelles peuvent créer une pression indue sur l'urètre, la portion osseuse du pubis ou même le clitoris, entraînant une douleur. Ce type de douleur, qui dépend de l'anatomie de chaque femme, est habituellement évitable par un changement de position et ne doit pas être perçu comme une anomalie ni comme une maladie.

**EST-CE QUE LA DOULEUR SE MANIFESTE  
À D'AUTRES OCCASIONS QUE LORS  
DES RELATIONS SEXUELLES ?**

Pendant un rapport sexuel, la vulve, le périnée, la vessie, le rectum, l'utérus et les annexes sont tous sollicités ou du moins mobilisés, en plus des structures musculosquelettiques du bassin. Toute douleur ou atteinte d'une de ces structures pourra alors être exacerbée. La douleur devient

**La coïtalgie est souvent perçue au niveau de la région vulvopérinéale et quelquefois au niveau pelvien. L'anamnèse détaillée vise à en établir la cause probable et à en évaluer les répercussions sur la vie sexuelle de la patiente.**

TABLEAU III

**ÉTAPES DE L'EXAMEN D'UNE PATIENTE  
ATTEINTE DE COÏTALGIE**

- ▶ Examen minutieux de la région vulvaire
- ▶ Évaluation de l'intégrité de la peau
- ▶ Évaluation de l'intégrité de la muqueuse vestibulaire
- ▶ Test du coton-tige (*Q-tips*)
- ▶ Évaluation de la musculature périnéale
- ▶ Évaluation des organes génitaux internes
- ▶ Prélèvements cervicaux et vaginaux appropriés

Tableau de l'auteur.

ainsi un symptôme de cette atteinte, et non un problème isolé. Par exemple, une femme ayant une cystite interstitielle peut éprouver une douleur au moment de la pénétration en raison de la pression exercée sur la vessie. De même, celle qui ressent une douleur chronique au niveau de la vulve pourra voir une exacerbation en cas de contact avec la vulve, notamment pendant les rapports sexuels.

**AVEZ-VOUS DES DOULEURS AILLEURS,  
SANS LIEN AVEC LA SEXUALITÉ ?**

Chez plusieurs femmes souffrant de vestibulodynie et de vulvodynie, d'autres affections douloureuses sont courantes. On parle alors de troubles comorbides. Les plus fréquents et les symptômes psychiques les plus signalés sont énumérés dans le *tableau II*. Bien que plusieurs auteurs aient étudié le lien entre ces symptômes et la vestibulodynie, il est difficile à ce jour de déterminer si l'anxiété et la dépression constituent un facteur causal, une conséquence de la douleur chronique ou encore un problème distinct.

Il importe donc de faire une anamnèse complète, en insistant particulièrement sur la douleur, qu'elle soit au niveau de la vulve, du bassin ou ailleurs dans le corps, de même que sur l'effet de cette douleur sur la qualité de vie de la patiente.

**EXAMINER LA PATIENTE POUR PRÉCISER  
LE FOYER DE LA DOULEUR : UNE ÉTAPE  
DÉLICATE ET CRUCIALE !**

En cas de coïtalgie, le but de l'examen physique est bien sûr de vérifier l'intégrité des organes génitaux internes et externes, mais surtout de préciser le foyer de la douleur lors des relations sexuelles (*tableau III*).

**EXAMEN MINUTIEUX DE LA RÉGION VULVAIRE,  
POUR VÉRIFIER L'INTÉGRITÉ TISSULAIRE**

**DE LA PEAU ET DE LA MUQUEUSE VESTIBULAIRE**  
L'intégrité des tissus vulvaires, y compris de la délicate muqueuse vestibulaire qui se situe à l'intérieur des petites lèvres, juste avant l'hymen, est essentielle pour éviter que la friction produite durant la pénétration ne provoque une

## TABLEAU IV

MODIFICATIONS DES TISSUS  
VULVAIRES FRÉQUEMMENT EN CAUSE  
DANS LA COÏTALGIE

- ▶ Inflammation non spécifique
- ▶ Fissures de la muqueuse vestibulaire
- ▶ Fibrose ou perte d'élasticité des tissus
- ▶ Atrophie génitale hypo-œstrogénique (allaitement, ménopause)
- ▶ Infection vulvovaginale à levures
- ▶ Affection dermatologique (lichen scléreux vulvaire\*, lichen plan érosif†)

\* Pour le lichen scléreux vulvaire, voir la photo 1 de l'article de la D<sup>re</sup> Roula EL-Rassi, intitulé : « Lichen scléreux : devenez un pro ! », dans le numéro d'avril 2014 du *Médecin du Québec*. † Pour le lichen plan érosif, voir la photo 9 de l'article du D<sup>r</sup> Bernard Delisle, intitulé : « Le lichen plan des muqueuses : pour ne pas rester en plan... », dans le même numéro.

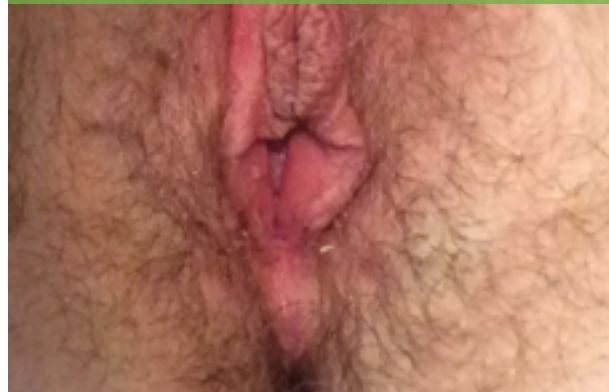
Tableau de l'auteure.

douleur. Le médecin doit donc rechercher des modifications aux tissus vulvaires fréquemment en cause dans la coïtalgie (tableau IV).

Une fois l'inspection de la vulve terminée (photo 1a), il est important de procéder au test du coton-tige (*Q-tips*). En écartant délicatement les petites lèvres, le médecin met en évidence la muqueuse du vestibule (photo 1b). De l'autre main, il la frotte très légèrement à l'aide d'un coton-tige dans un mouvement de va-et-vient entre 3 heures et 9 heures (photo 1c). Il demande ensuite à la patiente si elle ressent de la douleur et, dans l'affirmative, si cette douleur correspond à celle qu'elle éprouve pendant la relation sexuelle. Si tel est le cas, il peut alors poser le diagnostic de vestibulodynie.

La vestibulodynie, une cause très fréquente de coïtalgie, est probablement une douleur neuropathique avec hyperalgie ou allodynie qui survient lorsque la muqueuse est tout simplement effleurée. À partir d'un phénomène inflammatoire aigu isolé ou récurrent, tel qu'une infection, un traumatisme ou une exposition répétée à un allergène ou à un produit irritant, la dégranulation mastocytaire met en action différents médiateurs, tels que les facteurs de croissance du tissu nerveux et de nécrose tumorale. Ces médiateurs de la réponse inflammatoire vont sensibiliser les fibres nerveuses de type C et en induire la prolifération. L'inflammation des tissus « contamine » pour ainsi dire les fibres nerveuses, ce qui amplifie et chronicise la douleur, même lorsque l'irritant initial est disparu.

1a

TEST DU COTON-TIGE  
INSPECTION DE LA VULVE

Source : © D<sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis. Reproduction autorisée.

1b

TEST DU COTON-TIGE  
MISE EN ÉVIDENCE DE LA MUQUEUSE DU VESTIBULE

Source : © D<sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis. Reproduction autorisée.

1c

TEST DU COTON-TIGE  
FROTTEMENT À L'AIDE D'UN COTON-TIGE

Source : © D<sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis. Reproduction autorisée.

**La vestibulodynie, une cause très fréquente de coïtalgie, est probablement une douleur neuropathique avec hyperalgie ou allodynie qui survient lorsque la muqueuse est tout simplement effleurée.**

## LA MUSCULATURE PÉRINÉALE : CAUSE OU CONSÉQUENCE DE LA DOULEUR ?

Une fois l'intégrité de la peau et de la muqueuse de la vulve évaluée, puis le test du coton-tige fait, le médecin introduit délicatement un doigt dans l'orifice vaginal et exerce une légère pression vers le bas afin de solliciter la musculature périnéale. Il n'est pas rare, chez les femmes souffrant de coïtalgie, que cette manœuvre reproduise la douleur. Le médecin demande alors à la patiente de contracter et de relâcher le périnée. Certaines patientes en sont incapables en raison de l'hypertonie chronique des muscles de cette région qui ont déjà atteint leur capacité maximale de contractilité. La diminution du tonus musculaire de façon volontaire est aussi difficile, voire impossible. Autrement dit, la musculature périnéale est hypertonique et douloureuse à la palpation et donc pendant la relation sexuelle. Il est ardu de déterminer si cette situation constitue la cause primaire de la coïtalgie ou si elle est attribuable à une sensibilisation par une neuro-inflammation de la muqueuse vestibulaire sous-jacente. Cependant, il est de plus en plus connu que les deux phénomènes sont interreliés et doivent être pris en charge. Il est par contre possible que la femme ressente peu ou pas de douleur au niveau de la peau du vestibule, mais que vous mettiez tout de même en évidence une hypertonie importante des muscles ou encore que vous ayez l'impression à l'examen que l'orifice vaginal est « trop petit ». On parle alors de vaginisme.

## EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES : LA DERNIÈRE ÉTAPE DE L'ÉVALUATION

Les médecins ont l'habitude de pratiquer l'examen gynécologique à l'aide d'un spéculum pour bien voir le col de l'utérus, faire les prélèvements cervicovaginaux, puis effectuer la palpation bimanuelle de l'utérus et des annexes. Ces manœuvres inconfortables sont tolérées par la plupart des femmes ne souffrant pas de coïtalgie. Elles pourront toutefois être tout à fait intolérables pour la patiente atteinte de vestibulodynie et d'hypertonie des muscles périnéaux puisque la vulve et le périnée sont très sollicités durant l'examen, même si le but du médecin est de bien palper les organes génitaux internes. Une fois la douleur présente, il devient pratiquement impossible pour la patiente et l'examineur de discerner d'où elle provient, car elle irradie partout au niveau vulvaire, périnéal et pelvien. C'est pourquoi il est important de procéder à l'examen pelvien à la toute fin de l'évaluation.

Si la recherche de la source de la douleur au niveau du vestibule puis du périnée est négative, le médecin doit alors essayer de reproduire la douleur à l'examen bimanuel par la mobilisation du col, de l'utérus ou encore des annexes. Il tentera aussi d'éliminer une anomalie structurelle, telle que des fibromes utérins ou une masse annexielle. Par exemple, des nodules d'endométriose au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, associées à la fixité de l'utérus dans la cavité pelvienne, peuvent occasionner une grande douleur pendant la relation sexuelle, que le médecin pourra recréer au moment de l'examen pelvien.

Évidemment, au moindre doute, le médecin procédera aux prélèvements cervicaux et vaginaux appropriés afin d'exclure la possibilité d'une infection cervicale ou pelvienne associée à une infection à *Chlamydia*, à une gonorrhée, à une vaginite ou à une vaginose.

## TRAITER LA COÏTALGIE : SOULAGER LA DOULEUR DANS TOUTES SES DIMENSIONS

Pour traiter une coïtalgie, il faut d'abord préciser l'hypothèse diagnostique, bien l'expliquer à la patiente et procéder à un schéma thérapeutique multimodal dont l'objectif est de soulager la douleur, tout en respectant les attentes et les moyens de la patiente.

Pour qu'une relation sexuelle avec pénétration ne soit pas douloureuse, plusieurs facteurs doivent être réunis : l'intégrité tissulaire, une relaxation périnéale adéquate, l'absence de phénomène infectieux ou inflammatoire, le souhait d'une intimité sexuelle avec le partenaire et une excitation suffisante pour favoriser une bonne turgescence des tissus vulvovaginaux. Quelle qu'en soit la cause initiale, la coïtalgie aura souvent un effet considérable sur d'autres aspects de la sexualité, comme le désir, l'excitation et la volonté d'être sexuellement réceptive. Tous ces éléments doivent donc être abordés.

Le médecin proposera à la patiente d'éviter tout agent pouvant irriter la vulve, comme le port quotidien de minerviettes hygiéniques, les produits d'hygiène contenant des parfums et d'autres agents irritants ainsi que les bas nylon ou les sous-vêtements comprimant la vulve et le périnée.

S'il soupçonne une infection à levures récidivante, ce qui est facile à mettre en évidence par une culture, la détermination du Gram ou l'examen à l'état frais des sécrétions

---

**Pour qu'une relation sexuelle avec pénétration ne soit pas douloureuse, plusieurs facteurs doivent être réunis : l'intégrité tissulaire, une relaxation périnéale adéquate, l'absence de phénomène infectieux ou inflammatoire, le souhait d'une intimité sexuelle avec le partenaire et une excitation suffisante pour favoriser une bonne turgescence des tissus vulvovaginaux.**



vaginales, le médecin ne doit pas hésiter à offrir à sa patiente un essai thérapeutique de fluconazole, à raison de 150 mg par semaine pendant huit semaines<sup>3</sup>.

Toute atteinte inflammatoire de la vulve (ex. : lichen scléroseux, lichen plan, atrophie hypo-œstrogénique) doit être traitée de façon à restaurer si possible l'intégrité tissulaire. De plus, le recours à un lubrifiant à base d'eau pendant la relation sexuelle est fortement recommandé de façon à bien protéger la délicate muqueuse du vestibule au moment de la pénétration.

Chez les femmes atteintes de vestibulodynie, l'application de lidocaïne en gel ou en onguent sur le vestibule, une dizaine de minutes avant la relation sexuelle, peut être bénéfique. En effet, l'anesthésie de la muqueuse permettra à la femme de ne pas ressentir de douleur pendant la pénétration, mais n'empêchera en rien la perception des autres sensations agréables, ni la capacité orgasmique. Il est cependant conseillé de retirer le surplus de gel ou d'onguent après la période de dix minutes ou d'utiliser un condom afin d'éviter l'insensibilisation du pénis du partenaire.

Chez la femme présentant une hypertonicité périnéale associée à une coïtalgie, une série d'exercices de rééducation périnéale peut apporter un grand soulagement de la douleur coitale<sup>4</sup>. Le Québec compte un large réseau de physiothérapeutes habilités à pratiquer cette approche qui, bien que non couverte par le régime d'assurance maladie québécois, l'est habituellement par la plupart des régimes d'assurance privés.

L'incapacité à avoir une pénétration sans douleur a des conséquences importantes pour plusieurs patientes, et la sexualité au sein du couple peut s'en trouver affectée. Ces aspects doivent faire l'objet d'une discussion avec la patiente. Une consultation auprès d'un sexologue peut également être offerte. Ce dernier l'aidera entre autres à maintenir une sexualité satisfaisante, même si la pénétration ne peut en faire partie pendant une certaine période. Souvent, il la conseillera sur la façon d'aborder ce sujet délicat avec son partenaire.

Finalement, tous les facteurs de comorbidité, comme les autres douleurs chroniques, l'anxiété ou la dépression, doivent aussi être pris en charge, puisque ces problèmes de santé peuvent agir sur le désir et la capacité d'être sexuellement active et épanouie.

## SUMMARY

**Painful Sexual Intercourse in Women: Family Physician Care.** Painful sexual intercourse, or dyspareunia, is common among women. A detailed questionnaire and careful examination should allow the family physician to hypothesize the most likely cause of the pain and to offer women a treatment plan tailored to their expectations and taking into account a range of aspects related to their sexuality. This article reviews in detail the key elements of the questionnaire and physical examination, allowing for a proper assessment. The concepts of vestibulodynia and pelvic floor hypertonicity as frequent causes of dyspareunia are explained.

## CONCLUSION

La douleur au cours des relations sexuelles chez la femme est un problème courant, peu complexe en soi, si ce n'est le temps nécessaire pour faire une bonne anamnèse, procéder à un examen minutieux, reconnaître des causes fréquentes de coïtalgie (ex. : vestibulodynie et hypertonicité périnéales), puis établir un plan de traitement tenant compte de l'ensemble des aspects de la sexualité féminine.

La consultation auprès d'un gynécologue pourra permettre de valider le diagnostic si la situation n'est pas claire et d'optimiser la prise en charge de certaines affections dermatologiques de la vulve ou encore, dans certains cas, d'envisager une intervention chirurgicale. Mais ça, c'est un autre chapitre... //

Date de réception: le 30 octobre 2013

Date d'acceptation: le 3 décembre 2013

La D<sup>re</sup> Marie-Josée Dupuis n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Latthe P, Latthe M, Say L et coll. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006; 6: 177.
2. Arnold LD, Bachmann L, Kelly S. Vulvodynia: characteristics and associations with co-morbidities and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (3): 617-24.
3. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D et coll. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48 (5): 503-35.
4. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment for the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14 (34): 269-75.

## POUR EN SAVOIR PLUS...

- Haefner HK, Collins ME, Davis GD. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005; 9 (1): 40-51.