

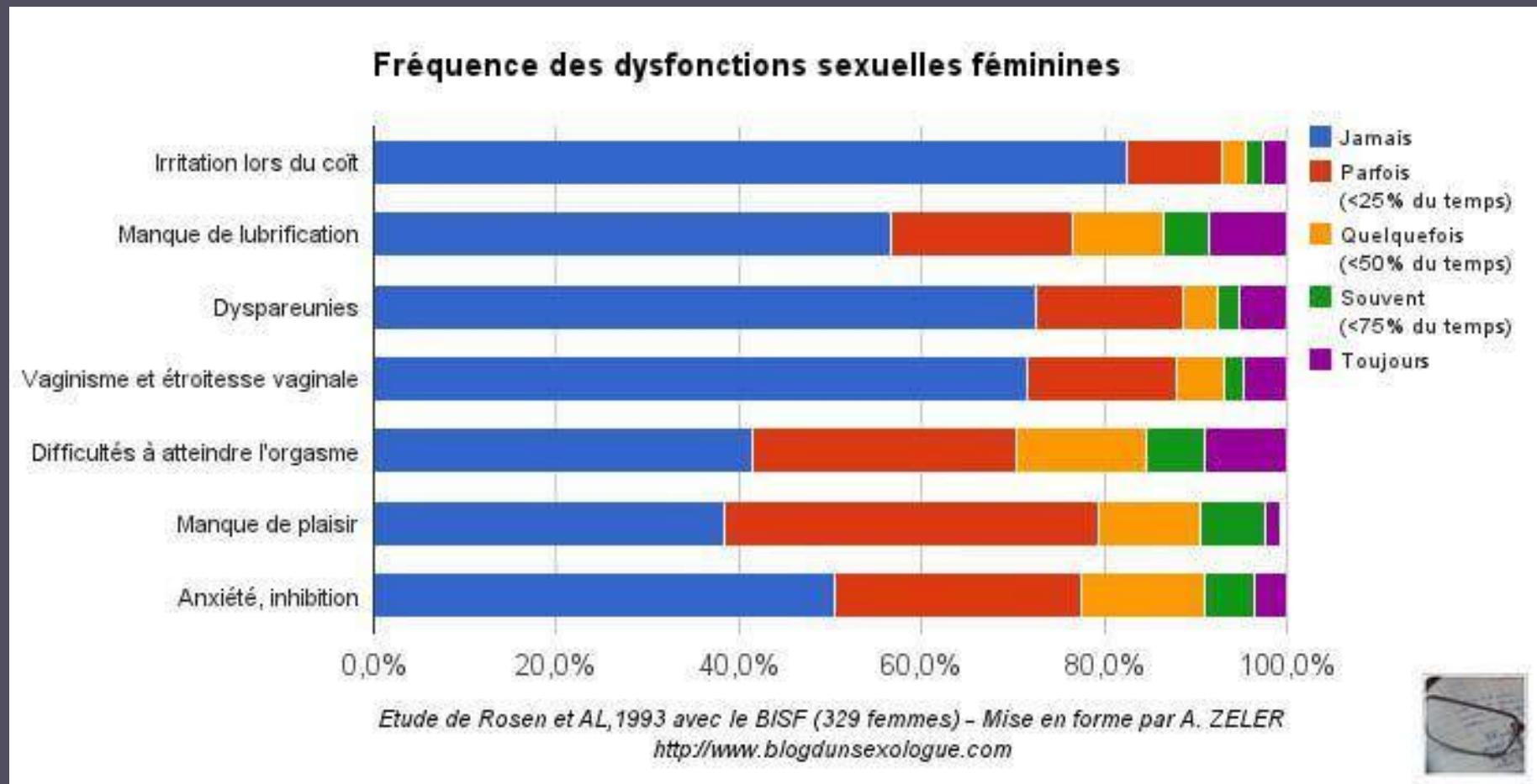


# Douleurs vulvaires

Olivia PORQUET, médecin sexologue  
Lorraine CALLENS, psychologue sexologue  
Unité de santé affective et sexuelle



# Quelques chiffres



# Cas Clinique 1

Patiente de 39 ans adressée pour vaginisme

Quelles questions lui posez-vous pour qualifier le symptôme?

# Anamnèse

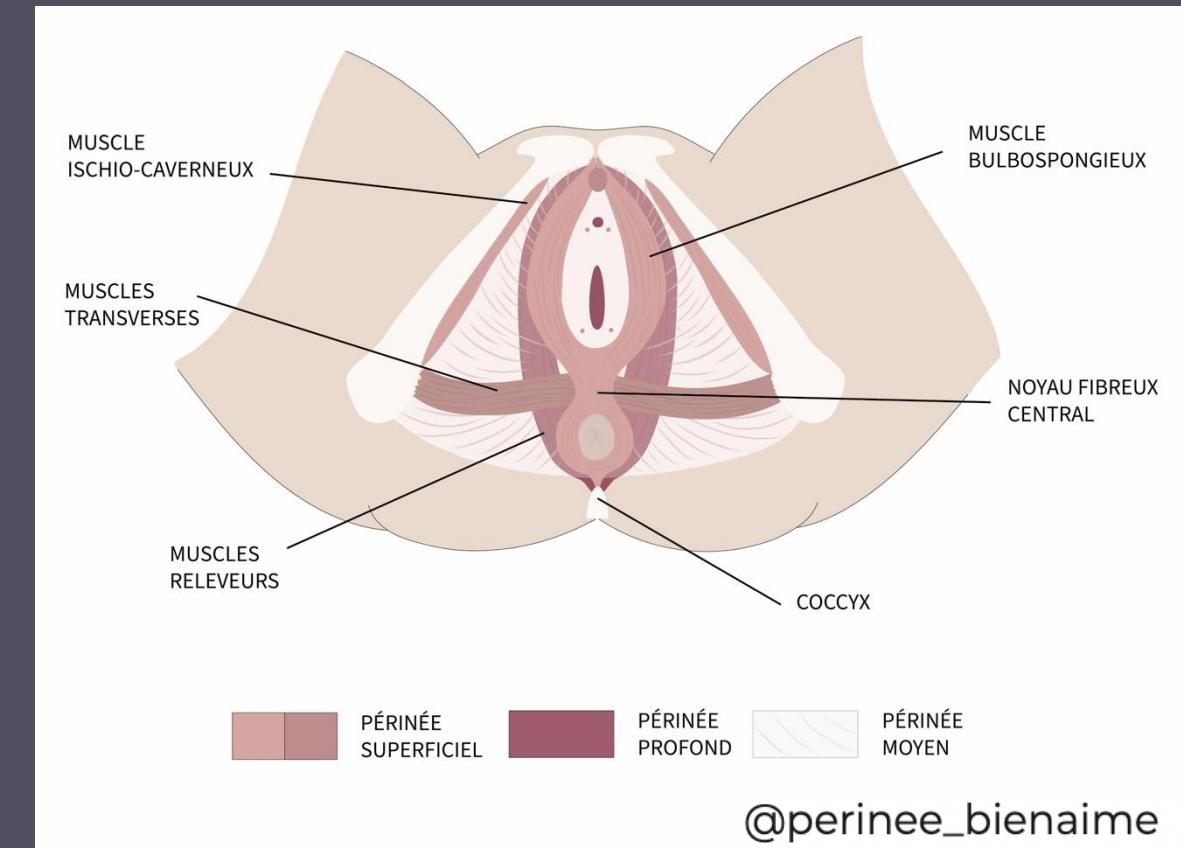
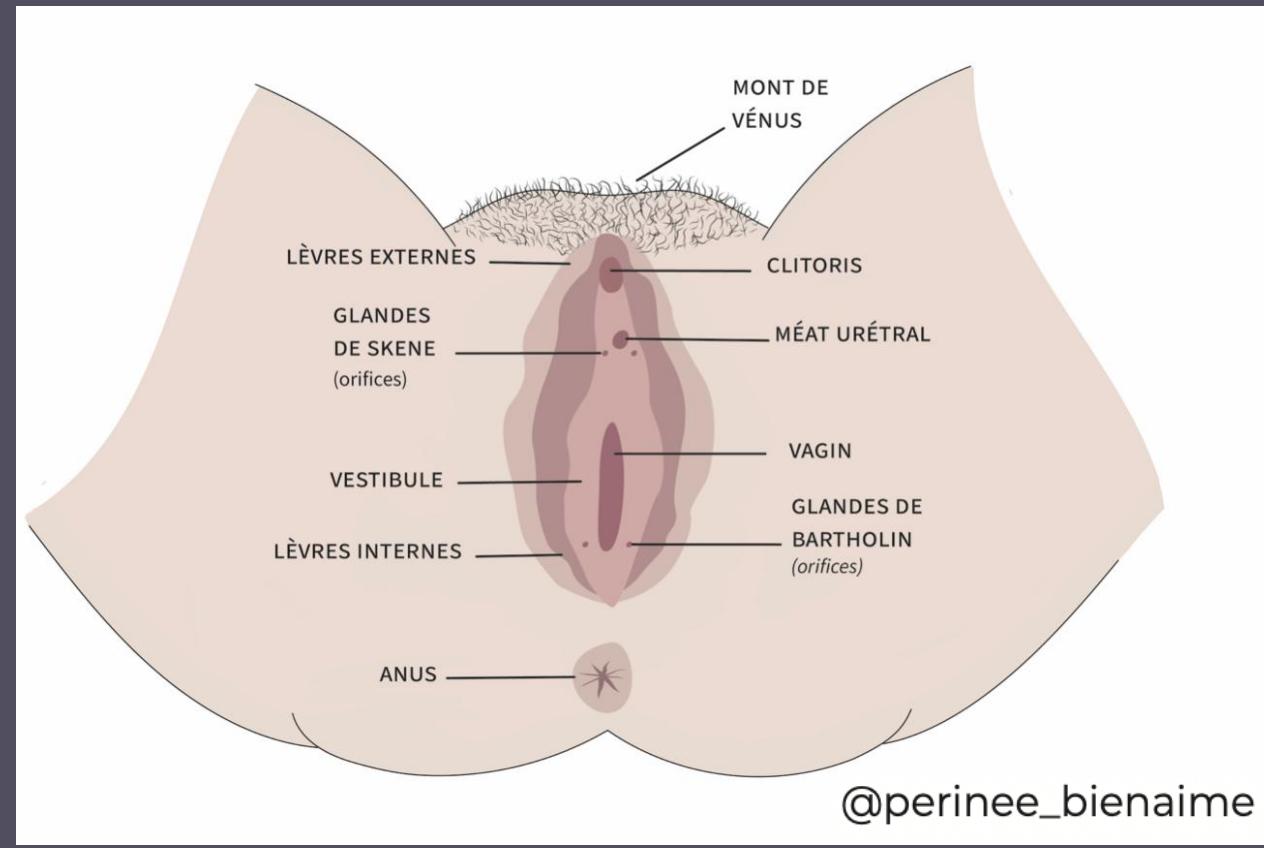
- Symptôme
  - Douleur? Appréhension?
  - Douleur : Primaire ou secondaire / Généralisé ou localisée/ permanente ou situationnelle / spontanée ou provoquée
  - Circonstances de déclenchement :Lié à des difficultés personnelles, professionnelles
  - Partenaire dépendant
  - Circonstances de survenue
  - Sévérité
  - Evolution
  - Symptomatologie associée : SFU, Tr digestifs
  - répercussion sur désir et AS
- Axe médico-biologique : atcd médicaux, obstétricaux, chirurgicaux... atcd de douleurs chroniques
- Axe psychologique
- Sexualité antérieure
- Environnement socio culturel
- Relation et partenaire
- Explorations et ttt déjà entrepris

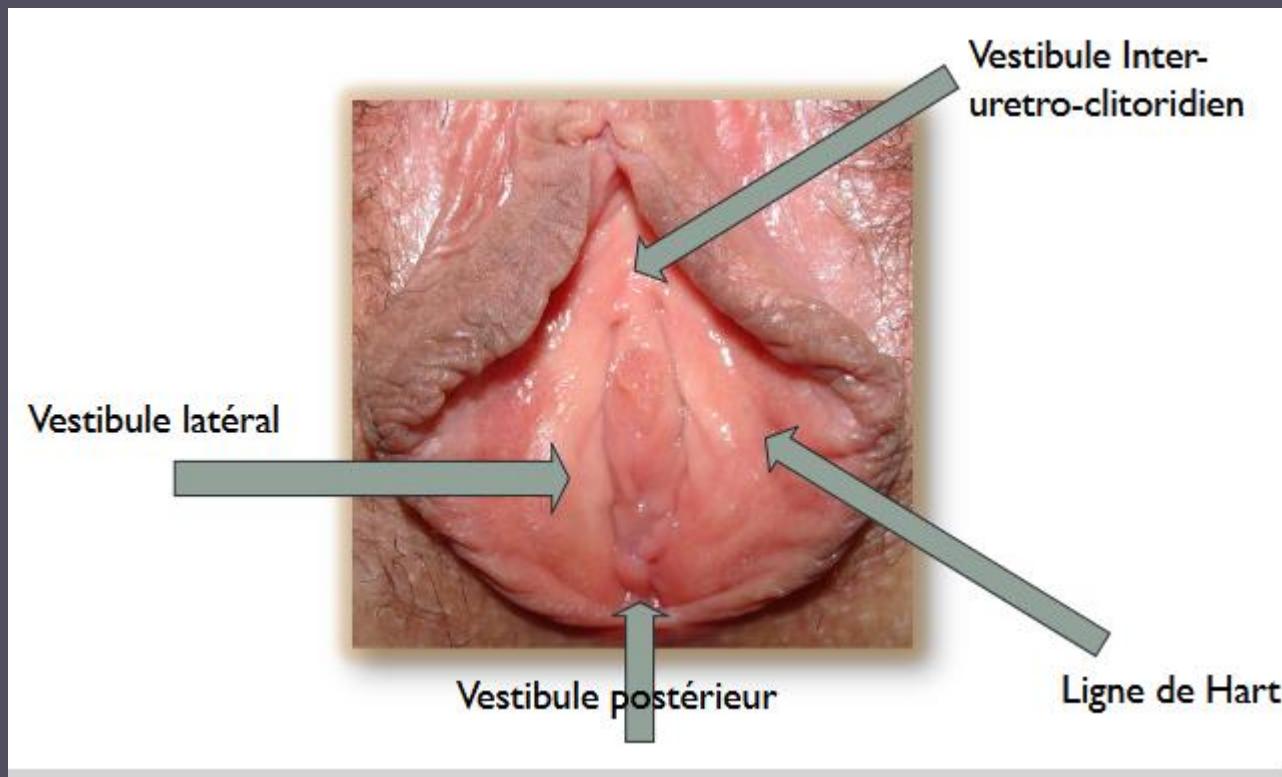
# Cas Clinique 1

- RS avec pénétration possible mais douloureux, depuis toujours
- atcd med/chir=0
- Tabac/OH/med=0
- contraception par optimizette
- En instance de divorce, un nouveau partenaire depuis 3 mois (pas de RS « début »)
- 1er RS 30 ans
- Un examen gynécologique très douloureux+++ à 18 ans
- Plusieurs épisodes de mycoses
- Pas de violences conjugales ou intra-familiale

Quels diagnostics évoquez-vous?  
Que lui proposez-vous?, que faites-vous?

# Rappels Anatomiques:









Q-tip test

Au toucher vaginal, on recherche une hyper contraction des muscles du périnée en réaction à la douleur de contact éventuellement fissure post RS



# Cas Clinique 1

- Erythème de l'abouchure des glandes de Bartholin
- Q tip test + : douleur vestibulaire à l'orifice des glandes de skene et Bartholin+++
- Périnée souple et non douloureux
- Pose spéculum sans problème,

Quel diagnostic évoquez-vous?

# Vulvodynie

DOULEUR COMPLEXE CHRONIQUE

Définition de la vulvodynie selon l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Disease) :

"Inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique."

La vulve garde un aspect normal lors de l'examen clinique.

# Vulvodynie et vestibulodynie

Primaire ou secondaire

Spontanée ou provoquée ou mixte

Généralisée ou localisée : clitoris, vestibule...

Persistante ou intermittente

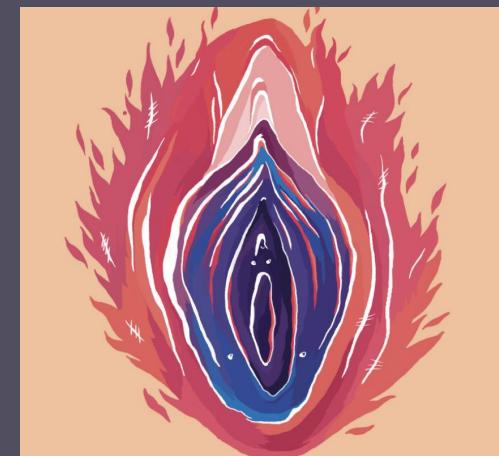
# LA VULVODYNIE EN CHIFFRES



5 ans en moyenne pour  
diagnostiquer la maladie

- la prévalence peut être évaluée entre 10 et 16% des femmes
- Seulement 10 à 25% des patientes obtiennent le bon diagnostic dès leur première visite gynécologique.
- 45 à 65% des gynécologues n'ont pas de connaissance diagnostique de la VDP.
- Près de 20% des gynécologues connaissent la VDP mais estiment que ce n'est pas à eux de commencer un traitement.
- Seulement 20% des gynécologues connaissent le diagnostic de VDP et mettent en route un traitement adapté

	Antécédent de vulvodynies
Harlow et al. 2003	16%
Reed et al. 2012	17,9%
Vieira et al. 2014	16,0%
Gutiérrez et al. 2021	12,6%



## Que décrit la patiente?



Un inconfort vulvaire qui peut être ressenti comme :

- Une brûlure à type de cuisson, une brûlure intense
- Un échauffement
- Une irritation
- Une douleur fulgurante dans toute la région vulvaire
- Une sensation de coupure de feuille de papier
- Un déchirement durant le coït
- La sensation d'être déflorée à chaque rapport sexuel
- Dans certains cas, une sensation de « vulve râpée» ou « à vif » comme si l'on se promène avec une lame de rasoir sur la peau peut être ressentie.

# Comment en faire le diagnostic?

## Douleur vulvaire à la pénétration

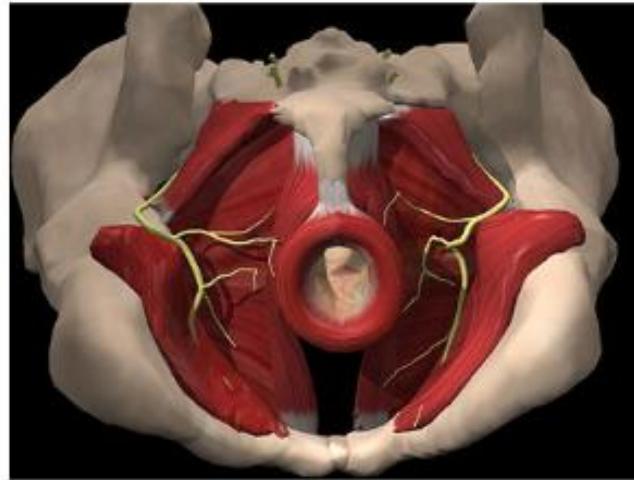
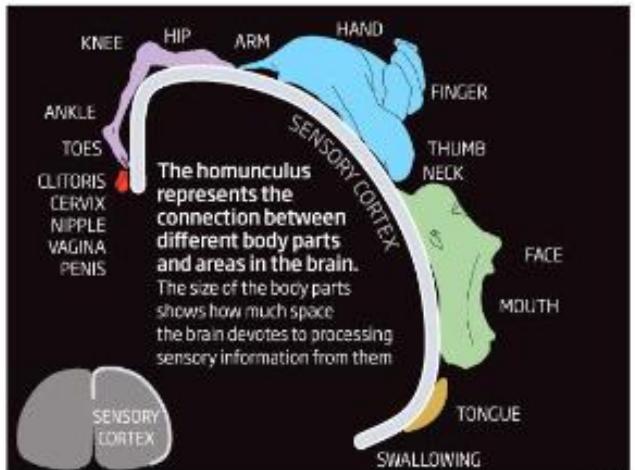
A l'examen clinique (qu'il faut savoir parfois reporter...)

- **Erythème vestibulaire** et des orifices des glandes de Skène et de Bartholin : inflammation locale chronique
- **Q Tip test positif** (Hypersensibilité à la douleur : allodynie / Hyperalgésie)
- **Contraction douloureuse** des muscles périnéaux variable pouvant aller jusqu'au Syndrôme myo-fascial
  - Douleur musculaire
  - Zone de contracture localisée
  - Corde musculaire tendue
  - Zone gâchette
  - Douleurs référencées

# La douleur

- Ce n'est pas une pathologie vulvaire +++
- Douleur disproportionnée par rapport à la pauvreté de l'examen clinique (vulvodynies, endométriose, douleurs pelviennes chroniques)
- 2 types de douleur:
  - Par excès de nociception (liée à la lésion) = allumette
  - Par sensibilisation nociceptive : dysrégulation végétative (douleur chronique) = feu dans la forêt → abaissement du seuil de perception, diffusion spatiale et temporelle de la douleur
- Contexte vulnérabilité individuelle +++ : dépression, anxiété, violences, difficultés relationnelles
- Modèle **d'hypersensibilisation locale** (peut-être associée à l'hypersensibilisation pelvienne ou centrale - fibromyalgie)
- Parfois associée à des dysfonctions uro-proctologique et des dystonies pelvi-périnéales

# Vulvodynie provoquée : Les 3 acteurs



Quelles sont les  
causes?

# Les causes



# Facteurs psychologiques potentiellement déclenchants

- Psychotraumatismes et TSPT : agressions, violences, accouchements difficiles ou expériences médicales invasives
- Anxiété et trouble somatoforme
- Dépression et régulation émotionnelle
- Stress chronique et surcharge mentale
- Peur de la sexualité
- Croyances négatives, fausses croyances, anticipation de la douleur



# Diagnostics différentiels

Brain Storming

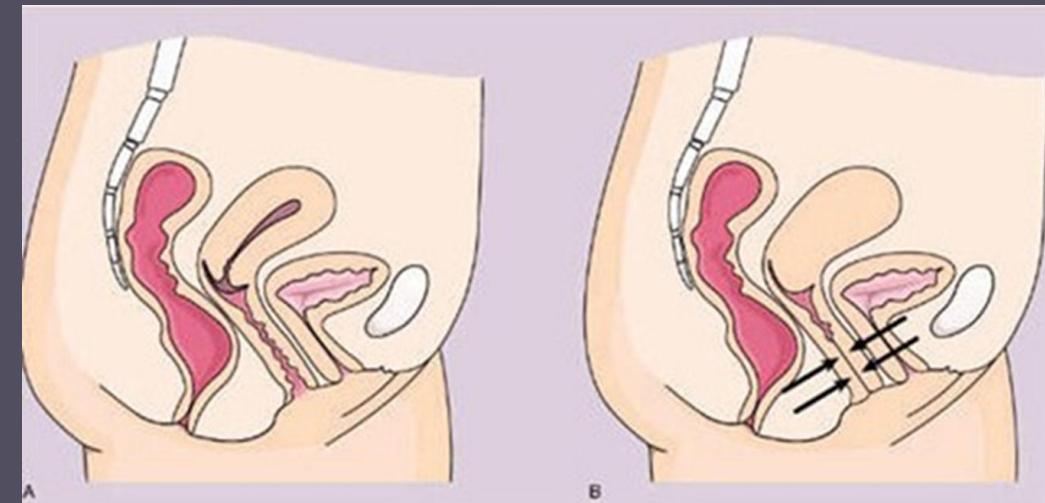
# Les diagnostics différentiels

- Vaginisme
- Douleurs neuropathiques (névralgie pudendale)
- Séquelles obstétricales ou post-opératoires
- Douleurs musculaires
- Pathologies dermatologiques : penser au lichen, dermatite atopique
- Pathologies infectieuses : mycose, vaginose, herpes, zona
- Sécheresse post-ménopausique
- ...

# Vaginisme

*Vaginisme: le rapport sexuel est désiré mais impossible*  
*Vulvodynie: le rapport sexuel est possible mais douloureux*

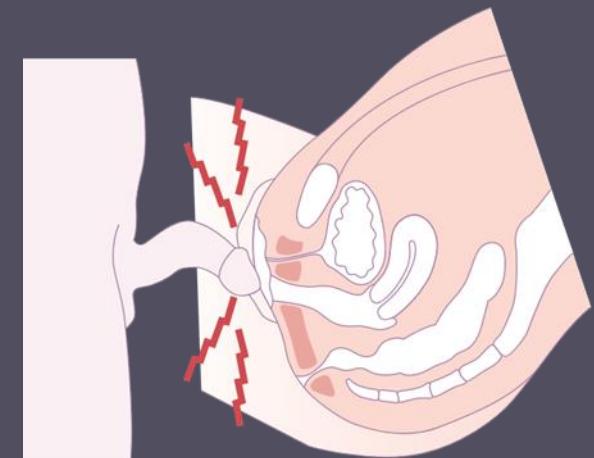
- mécanisme de défense contre toute intrusion vaginale qui comprend:
  - Un **évitement sexuel** et une **dérobade** face à toute tentative de pénétration
  - Une **contraction réflexe du périnée**, rendant impossible toute pénétration  
=INVOLONTAIRE et INCONTROLABLE par peur ou anticipation de la douleur
- 1 à 6%
- Primaire ou secondaire
- Situationnel ou permanent
- Partiel ou total



# Etiologies

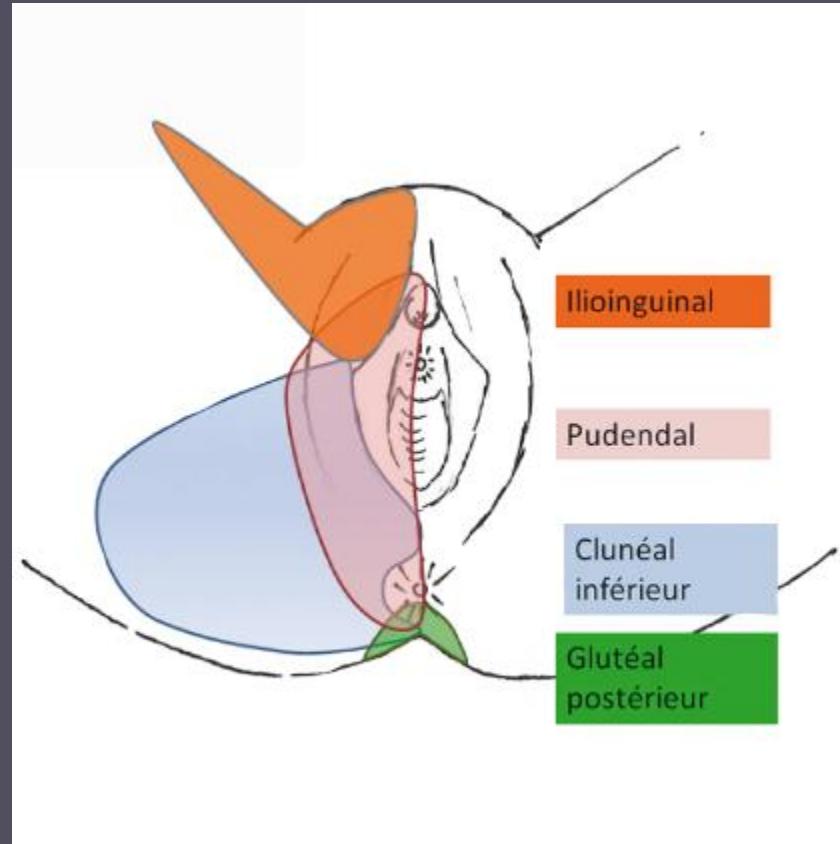
## Crainte de la douleur +++ (mécanisme phobique)

- Par Ignorance de son corps/manque d'éducation sexuelle
- Par Culpabilité / cause culturelle /éducation stricte/fausses croyances
- Secondaire à des agressions ou un traumatisme (rare)
- infections vulvaires ou vaginales
- sécheresse vaginale
- vulvodynie
- endométriose
- malformation génitale (rare)



*Il n'y a pas plus d'ATCD de traumatismes sexuels infantiles que dans la population générale chez les femmes présentant un vaginisme.*

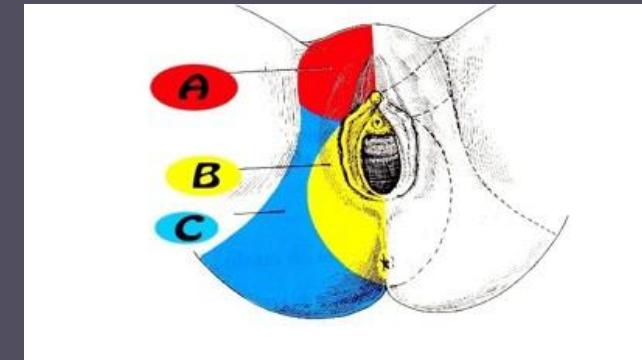
Névralgie pudendanle = vestibulodynie  
spontanée, non provoquée



# NÉVRALGIE PUDENDALE

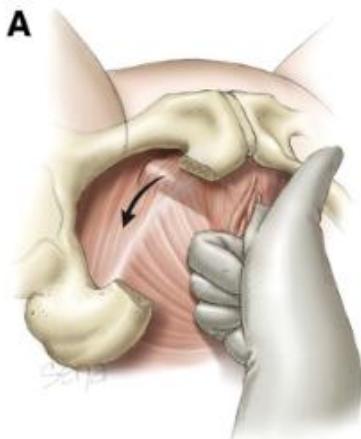
5 critères:  
Tous indispensables au diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal

1. Douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris)
2. Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC)
3. Sans réveil nocturne habituel par la douleur
4. Sans déficit sensitif objectif
5. Ayant un bloc diagnostic du nerf pudendal positif

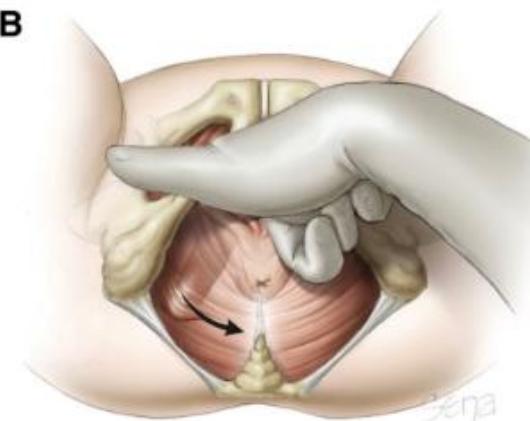


# Les muscles : douleurs musculaires et syndromes myo-fasciaux

## Recherche d'un syndrome myofascial des muscles pelvi-périnéaux



Obturator Internus



Levator Ani

**FREQUENT** chez les femmes ayant des douleurs pelvi-périnéales chroniques +++

Hypertonie musculaire : 58,3 à 75%

Trigger zone : 40 à 79%

### Définition :

- Douleur musculo-squelettique
- Localisée, profonde et constante
- Trigger zone douloureuse et/ou hypertonie à la palpation

### Modalité de réalisation :

- Un seul doigt
- Voie vaginale
- Muscles levator ani et obturateurs internes
- +/- Association d'une EVA de la douleur



### CAUSE OU CONSÉQUENCE ?

- Trouble postural global, inégalité de longueur des MI
- Traumatismes: chute coccyx, bassin
- Accouchements, post-opératoires chirurgie gynéco, procto, épisiotomie
- Infection récidivante
- Stress
- Traumatisme sexuels
- Traumatisme de l'enfance
- ENDOMÉTRIOSE

Fitzgerald et al., 2011

De Souza Montenegro et al., 2010

Loving et al., 2014

Yong et al., 2014



Un peu de dermatologie...



## Mycose:

- Prurit
- Rougeur
- Sensation de brûlures
- Irritations
- Douleurs
- Dermite de contact
- Pertes blanches typiques : blanches abondantes à l'aspect de lait caillé.

## Inflammation:

- Prurit
- Rougeur
- Irritations
- Douleurs
- Dermite de contact

# Les mycoses



- **Couleur :** toujours rouge, parfois des érosions arrondies
- **Toucher :** pas de corps
- **Bords :** mal limités, collerette desquamative périphérique
- **Topographie :** Bilatérale et symétrique, présent plutôt sur la partie postérieure de la vulve.
- Il y a un **prurit vulvaire** et des **brûlures vaginales**.
- **Mycose chronique:** Plus ou peu de pertes mais des douleurs aux rapports.

# LÉSIONS CAUSTIQUES OU ALLERGIQUES:

- Hygiène défectueuse, ou au contraire le site de soins intempestifs avec utilisation de produits irritants, voire allergisants (antiseptiques, déodorants, bains moussants, protège-slips, parfums...). Il apparaît alors une vulvite prurigineuse, soit suintante et parfois surinfectée, soit érythémateuse et sèche.
- Une allergie de contact: les agents responsables peuvent être le latex des préservatifs, des anesthésiques de contact, des colorants, des topiques antibiotiques ou antiseptiques, des produits manu portés...



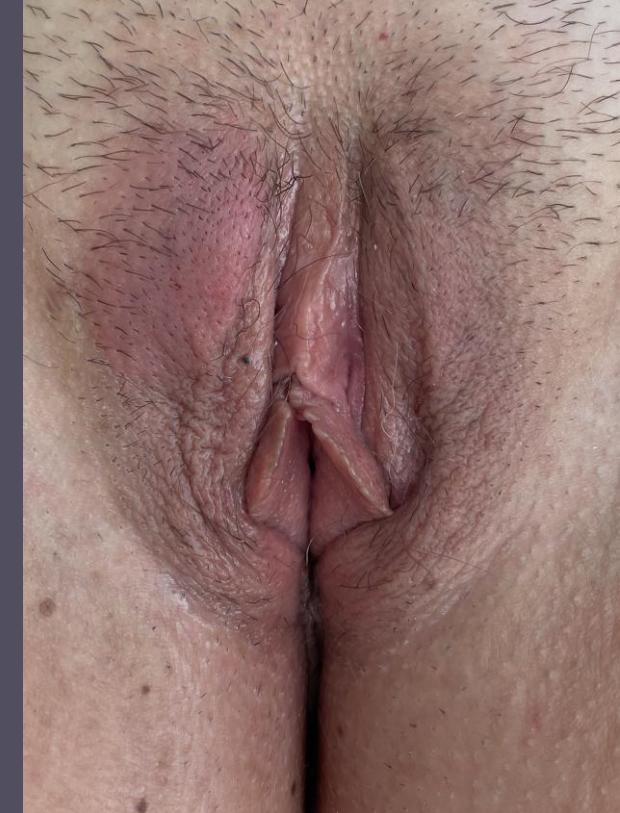
# Le Psoriasis

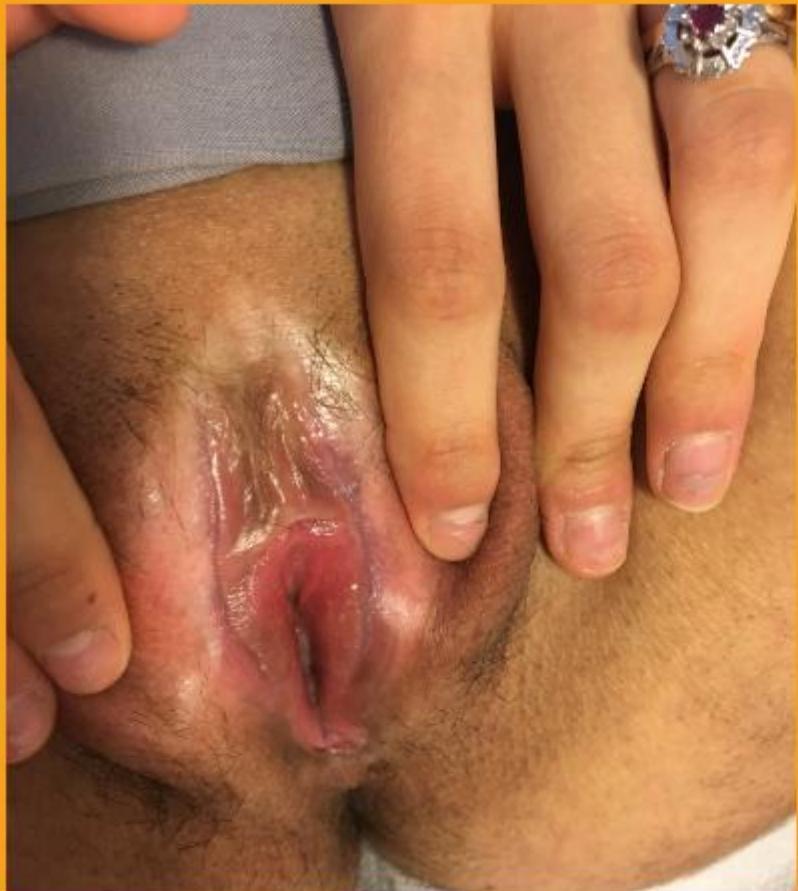
## SYMPTÔMES:

- Démangeaisons (ou prurit), des brûlures, ou des douleurs. Ainsi, 80% des femmes présentent au moins une de ces 3 manifestations. Des petites plaies (fissures ou érosions) sont possibles et peuvent rendre les rapports sexuels douloureux.
- Plaques rouges aux limites nettes. Les squames blanches habituellement retrouvées sur les plaques du corps sont souvent absentes du fait de l'humidité locale de la peau.
- Il faudra toujours éliminer une mycose avec un prélèvement avant de démarrer les traitements par corticoïdes.
- Causes inconnues à ce jour. On sait qu'il apparaît chez des personnes prédisposées génétiquement, suite à des facteurs favorisants comme un traumatisme, des infections, le stress, des médicaments, etc.
- Lorsque les lésions ne sont pas typiques: réaliser une biopsie cutanée des lésions génitales, afin d'analyser la peau au microscope.

## CLINIQUE :

- Couleur : rouge et homogène sec
- Toucher : relief
- Bords : Bien limités
- Topographie : souvent antérieur (pubis) + postérieure (pli inter fessier)
- Il n'y a pas d'atteinte vaginale, cela peut ressembler à une candidose.
- Il y a souvent des atteintes cutanées qui sont les oreilles, la nuque, les coudes et les genoux.
- Les squames blanches habituellement retrouvées sur les plaques du corps sont souvent absentes du fait de l'humidité locale de la peau.





# LE LICHEN:

- Modifications de la peau et de la muqueuse de la vulve : source de démangeaisons.
- Pathologie auto-immune qui évolue par poussée.
- Les modifications cutanées sont d'apparition progressive : la peau devient plus fragile et plus pâle, parfois nacrée, elle devient progressivement plus épaisse et indurée ou scléreuse. Disparition des reliefs vulvaire. Sténose de l'orifice vaginal.
- Ces modifications peuvent être à l'origine de fissures douloureuses, favorisées par les rapports sexuels.
- Le lichen scléreux n'entraîne parfois aucune manifestation et est découvert lors d'un examen clinique de routine par le gynécologue.
- Cette affection survient le plus souvent entre 50 et 60 ans, mais tous les âges peuvent être concernés.

# Conséquences des douleurs vulvaires

- Majoration progressive des douleurs qui engendre une contraction musculaire réflexe
- Conséquences sexuelles : dysfonctions sexuelles dont Baisse du désir et de l'excitation
- Conséquences psychologiques : estime de soi, confiance en soi, honte, incompréhension, colère, découragement, culpabilité, dépression, anxiété
- Conséquences relationnelles : Difficulté conjugales / retentissement sur le partenaire
- Conséquences sociales : isolement social et intile
- Sentiment d'invalidation médicale, frustration

➔ impacte la QdV



# Les Traitements

# Grands principes de la prise en charge des vulvo-vestibulodynies:

- 1 / Reconnaître
- 2 / Prendre en soin

**Reconnaitre et nommer l'affection est le premier pas dans la prise en charge thérapeutique.**

**TTT de la cause si possible et arrêt des ttt locaux irritants**

**Traitements de l'hypersensibilisation locale : anesthésiant et hydratant. (Grade A)**

**Traitements de l'hypertonie périnéale :  
Séances de massage / relaxation. (Grade A)**

**Thérapie cognitivo-comportementale:  
Prise en charge multi-disciplinaire avec psychologue,  
sexologue... (Grade A)**

# Expliquer, rassurer, accompagner

- Ecouter, établir une relation de confiance, valider la plainte
- Nommer le trouble
- Expliquer que la vulvodynie n'est pas une maladie « imaginaire » et que la douleur est réelle.
- Insister : « ce n'est pas dans votre tête »
- Expliquer la maladie : épine irritative, hyperesthésie, névralgie, inflammation
- Ni une MST ni un cancer
- Pas de recette miracle , approche multifactorielle
- Pas une maladie « incurable ».

- Reconnaître, c'est déjà prendre en soin
- C'est encore reconnaître que de prendre en soin
- Contrepied de discours antérieurs :
  - Vous n'avez rien
  - C'est dans la tête
  - C'est de nouveau une infection
  - Je n'ai jamais vu ça
  - Je ne peux rien pour vous
  - ...
- Ecouter : long parcours jalonné d'échecs thérapeutiques
- Rassurer :
  - On sait ce que vous avez, ça s'appelle une vulvodynie
  - Beaucoup de femmes ont la même chose
  - On va vous suivre jusqu'à ce que ça aille mieux
  - ...

# Sexo-éducation

## Expliquer:

- Différentes phases de la sexualité : disponibilité, désir, excitation, plaisir, orgasme..
- Anxiété de performance
- Pénétration : Acte invasif vs capacité d'accueil
- Vision anatomique de la sexualité vs échange relationnel (engagement)
- Sensate focus : « prescrire l'interdiction de pénétration »
- Intégrer le conjoint

➔ Le meilleur anti-douleur est le plaisir

# La préparation magistrale:



- **Mais aussi:**  
Xylocaine 2% voie orale.

# Hydratation:

- Acide Hyaluronique.
- Crème à la vitamine E.
- Huile végétale.
- Œstrogène locaux.
- Crème réparatrice...

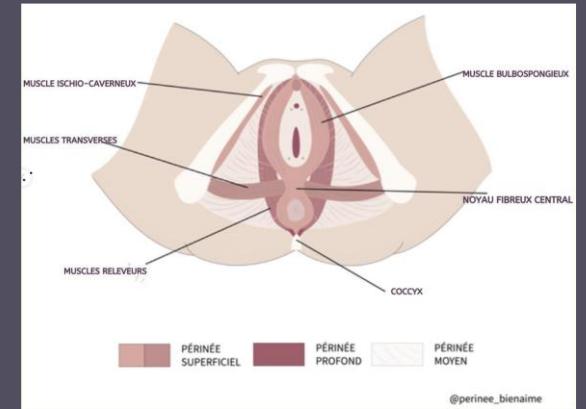
# massage- relaxation

- Avec un médecin, une sage femme ou un kinésithérapeute spécialisée ou connaissant bien la pathologie.
- Intérêt de l'examen gynécologique (prise de conscience)
- Massage manuel et relaxation périnéale.
- Apprendre à mobiliser et relâcher son périnée (on peut commencer par mains, visage...).
- Utilisation des dilatateurs de type Velvi (par exemple).



Prise en charge  
physique:

Utilisation de  
dilatateurs vaginaux



# Prise en charge médicale

## TRAITEMENTS GÉNÉRAUX (À PRIVILÉGIER POUR LES VULVODYNIES SPONTANÉES)

- Antidépresseurs tricycliques en 1<sup>ère</sup> intention : amitriptyline jusqu'à 20 mg par jour (le soir au coucher , débuter par 5 mg par jour)
- Antidépresseurs serotoninergiques en seconde intention ( en particulier si syndrome dépressif associé)
- Antiépileptiques : Gabapentine (300 mg par jour jusqu'à 3600 mg par jour) ou Prégabaline en 1<sup>ère</sup> intention - Clonazepam 0.5 à 4 mg par jour en seconde intention
- Les dérivés opiacés peuvent être utilisé sur une courte durée

## THÉRAPIES INTERVENTIONNELLES

(Blocs nerveux, infiltrations avec anesthésiques locaux, injection de toxine botulique A, radiofréquence pulsée sur le ganglion impar, TENS)

## VESTIBULECTOMIE

# Travail en réseau ++

- Sexothérapie
- Psychothérapie (TCC, EMDR)
- Thérapie de couple
- Ostéopathie
- Hypnose
- Acupuncture
- Techniques de relaxation et de gestion du stress (méditation, sophrologie...)
- Groupes de soutien
- TECARE thérapie/Biophotomodulation
- TENS

# Prise en soin psychologique

- D'abord comme prise en soin des conséquences des douleurs sur l'équilibre psychique
- Puis garder en arrière pensée :
  - les potentielles causes : dépression masquée, psychotraumatisme, souffrance existentielle lourde...
  - Un trouble de la personnalité
- Acceptation : écoute, guidance, psychothérapie...
- Refus : danger intrusif, bénéfices secondaires...

# Conclusion: Pourquoi parler sexualité?

Aspect central de la vie humaine

Problématique fréquente

Impactée par l'état de santé / iatrogénie médicamenteuse (Prévention de l'abandon des traitements)

Retentissement sur la santé globale

Bénéfice pour la relation de soin

Prévention de la violence conjugale et sexuelle



Merci de votre attention