

La Dyspareunie:

Dyspareunie: étiologie, diagnostic, approche médicale, traitement

Il y a peu de rapports cliniques concernant la dyspareunie. Le manque d'une étiologie unique ne facilite pas les études.

La dyspareunie est une douleur génitale associée avec rapport sexuel, éprouvée pendant ou après un rapport sexuel conventionnel (1).

Les patientes affectées de dyspareunie peuvent se plaindre d'un point douloureux précis et localisé, mais peuvent exprimer un désintérêt général pour la sexualité.

Elle peut être primaire (douleur dès le premier rapport sexuel) ou secondaire (douleur se développant après une période d'activité sexuelle sans douleur), peut être complète (à chaque expérience sexuelle) ou situationnelle (avec certaines expériences ou certains partenaires). L'étiologie peut varier des simples problèmes anatomiques simples aux questions psychosociales complexes. La cause principale de la dyspareunie chez les femmes avant 50 ans est la vestibulodynie vulvaire (2). Chez les femmes après 50 ans l'atrophie vulvo-vaginale est la cause principale du dysfonctionnement sexuel (3). L'interaction entre facteurs anatomiques, physiologiques, et psychologiques contribue à la présence d'un rapport sexuel douloureux.

Dyspareunie : Diagnostic, approche médicale et traitement

Fréquence

La dyspareunie peut affecter les deux sexes; elle est plus fréquente chez les femmes. La fréquence est inconnue. Il y a peu de rapports cliniques concernant la dyspareunie. Le manque d'une étiologie unique ne facilite pas les études (4,5,6) .

La fréquence de la dyspareunie dépend donc de la définition utilisée. La fréquence de la dyspareunie est de 7 - 46 % chez les femmes sexuellement actives. La dyspareunie post-partum est présente dans 45 %. La fréquence de la dyspareunie s'élève à 60 % si on définit la dyspareunie comme une expérience de sexualité douloureuse rapportée par les patients. (43) Dans une étude (42), l'âge et l'instruction ont été associés avec des taux bas de dyspareunie. Dans une autre étude, (43) la fréquence de la dyspareunie ne semble associée ni avec l'âge ni avec la situation de famille, ni avec le niveau pédagogique.

La douleur la plus fréquente se produit pendant le coït (pénétration vaginale accompagnée de mouvements copulatoires). Cependant, certaines femmes souffrent des douleurs post - coïtales.

Considérations psychologiques

La théorie psychologique considère la dyspareunie comme l'emblème de conflit inconscient abritant des réactions phobiques, anxiété, hostilité envers les hommes ou aversions sexuelles. (44).

Le Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (DSM-IV), définit la dyspareunie comme un trouble de douleur sexuel, comme une sous catégorie de dysfonctionnement sexuel.

La dyspareunie est différenciée du vaginisme ou d'une lubrification inadéquate. La douleur doit être persistante ou périodique, produisant une détresse ou une difficulté inter--personnelle (difficulté avec l'autre).

Dyspareunie : Diagnostic, approche médicale et traitement

En raison de multiples étiologies, il est difficile de décrire les caractéristiques psychologiques des femmes dyspareuniques. Cependant on peut citer certaines généralités :

- ◆ Attitude négative envers sexualité,
- ◆ Affaiblissement de la fonction sexuelle et réduction de nombre des rapports sexuels.
- ◆ Faible désir sexuel.
- ◆ Faible taux d'orgasme même en stimulation orale.
- ◆ Satisfaction physique et émotionnelle basse
- ◆ Dépression et anxiété.
- ◆ Le désaccord conjugal a été suggéré comme une cause majeure de la dyspareunie et vice versa.
- ◆ Antécédents d'agression sexuelle sont rares chez les patientes dyspareuniques.

Physiopathologie

Les études anatomiques et physiologiques concernant le vestibule, le vagin, la vessie et l'anus ont fourni de nouvelles données sur la transmission de la douleur génitale chez des femmes, par ailleurs en bonne santé.

La vulve et le vestibule sont innervés par un réseau moteur somatique et sensoriel. Cependant, les fibres du plexus hypogastrique inférieur et les ganglions de la chaîne sympathique caudale jouent un rôle dans la sensation génitale et peuvent contribuer à perpétuer la douleur (8).

Le vestibule est sensible au toucher et à la température car il a une innervation non-viscérale, semblable au tissu cutané, bien qu'il soit un organe viscéral (9).

La portion la plus sensible du vagin est celle située à côté du vestibule où l'on trouve le plus grand nombre de fibres nerveuses (10). L'hormone de la Lutéine (LH) et la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) ont des récepteurs sur le trigone vésical aussi(11).

Pour finir, le rôle de l'hypertonie des muscles élévateurs est toujours un sujet d'étude (12).