

LA PHYSIOTHÉRAPIE: UNE SOLUTION FONCTIONNELLE DANS LE CAS DE VESTIBULODYNIE ET DE VAGINISME

Claudia Brown, B.Sc.P.T, Stéphanie Thibault-Gagnon, B.Sc.P.T.

La vestibulodynie est considérée la cause de dyspareunie la plus fréquente chez la femme en pré-ménopause (2). Antérieurement nommé le syndrome de la vestibulite vulvaire, la vestibulodynie est une forme de vulvodynie locale, provoquée par une pression sur la région vestibulaire, et occasionnant une douleur aiguë à ce niveau. Le syndrome de la vestibulite vulvaire a été défini par Friedrich en 1987, et incluait trois critères (3) :

- Douleur sévère au toucher du vestibule ou à l'essai de la pénétration vaginale
- Sensibilité à la pression au niveau du vestibule vulvaire
- Observations physiques limitées à l'érythème vestibulaire, de degré variable

Comme l'érythème est un élément non constant dans ce syndrome, et que la présence d'inflammation n'a pas été prouvée, le terme vestibulodynie provoquée a été officiellement adopté en 2003 par La Société Internationale pour l'Étude des Maladies Vulvovaginales (ISSVD), pour remplacer le terme vestibulite (5).

La définition classique du vaginisme indique une condition dans laquelle une contraction musculaire involontaire au niveau vaginal rend la pénétration douloureuse, difficile ou impossible. Dans le cas de vaginisme et dans le cas de vestibulodynie, une augmentation de tension musculaire au niveau du plancher pelvien est observée, ainsi la présence de réactions protectrices. Par contre, ces manifestations sont présentes de façon beaucoup plus élevée chez la patiente souffrant de vaginisme. Aussi, la vestibulodynie et le vaginisme sont habituellement associés à une crainte ou une anxiété envers la pénétration, mais cette anxiété est plus marquée chez les patientes atteintes de vaginisme (11).

Les femmes souffrants de vestibulodynie ont des seuils tactiles et des seuils de douleur moins élevés, non seulement au niveau vestibulaire, mais aussi au niveau du muscle deltoïde, suggérant la possibilité d'une hypersensibilité systémique généralisée (9). De plus, ces femmes ont plus de points sensibles corporels, tels que ceux qui sont observés dans le diagnostic du syndrome de la fibromyalgie. Leur expérience de douleur est plus élevée, et elles sont plus portées à catastrophier envers leurs douleurs (10).

Au Canada, la rééducation pelvi-périnéale est devenue une partie intégrale dans l'approche multidisciplinaire au traitement de la vestibulodynie, ainsi que du vaginisme. Les autres membres de l'équipe incluent un médecin, et un psychologue et/ou sexologue.

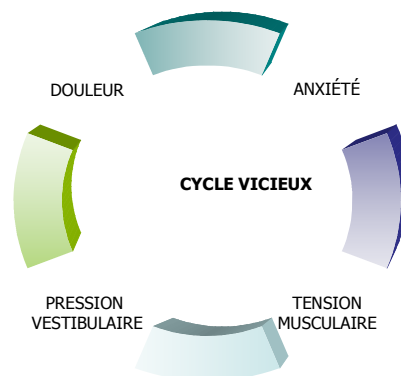
Le rôle du médecin est joué en première ligne. Il est essentiel pour établir le diagnostic différentiel et pour assurer une investigation adéquate. Le médecin fournit de l'éducation et du soutien, et dirige la patiente aux intervenants appropriés. Il peut prescrire des agents topiques ou des injections pour contrôler la douleur et, en dernier recours, recommander la chirurgie telle la vestibulectomie ou vestibuloplastie.

Les psychologues et les sexologues de notre équipe multi-disciplinaire utilisent une approche cognitivo-comportementale, dans le but d'adresser les composantes qui jouent un rôle dans l'exacerbation et la persistance de la douleur. Ils aident aussi les patientes à regagner le désir sexuel et à améliorer leur vie de couple.

En physiothérapie, les objectifs de traitement visent à diminuer la douleur lors des relations sexuelles et/ou à améliorer la facilité avec laquelle une patiente peut avoir une pénétration.

Ceci est accompli en diminuant l'hypertension musculaire du plancher pelvien, en améliorant le contrôle musculaire du plancher pelvien, en améliorant le confort à la pression et à l'étirement au niveau du vestibule, et en diminuant l'appréhension et l'anxiété face à la pénétration.

Le plancher pelvien se contracte en réponse à la douleur et en réponse à l'anxiété. La contraction musculaire occasionne une augmentation de pression au niveau du vestibule lors de la pénétration. Un accroissement de pression aggrave la douleur, aggravant aussi l'anxiété, qui mène ensuite à une plus grande contraction musculaire. Ainsi le cycle de la douleur est perpétué.



Les modalités que nous utilisons en physiothérapie incluent: l'éducation, les exercices, les techniques manuelles, la bio-rétroaction (biofeedback), l'électrostimulation, les techniques d'insertion progressives d'acommodateurs, et les conseils fonctionnels.

Nous enseignons à la patiente la nature de sa condition, et le rôle que joue son plancher pelvien sur son expérience de douleur et/ou son incapacité à avoir des relations. Elle apprend que c'est elle-même qui est en contrôle de sa musculature et ainsi de sa guérison. Nous lui expliquons aussi l'influence que l'anxiété exerce sur la tension musculaire et la douleur. L'éducation de la patiente aide dans la dédramatisation de la situation et ainsi réduit les effets de la catastrophisation.

Les techniques manuelles sont essentielles pour améliorer la proprioception musculaire, pour rendre l'entrée vaginale plus confortable et apte à subir de l'étirement, et pour diminuer la tension musculaire. Nous utilisons, entre autres, les techniques suivantes; les pressions ischémiques sur les points gâchettes, une approche myofasciale en interne et en externe, le massage, les étirements, et les techniques de désensibilisation telles que les frictions, et les pressions dirigées et intermittentes.

Le biofeedback est un outil très important dans le traitement de la vestibulodynie et du vaginisme. La visualisation de l'activité musculaire sur un écran est intéressante pour la patiente, cela lui permet d'avoir une meilleure compréhension de la contraction ainsi que du relâchement de son plancher pelvien. En visualisant immédiatement les résultats de ses efforts, la patiente arrive à une prise de conscience qu'elle peut elle-même exercer un contrôle sur son problème sexuel.

L'électrostimulation sert à améliorer la proprioception et la contractilité du plancher pelvien, et ainsi améliorer la relaxation de celui-ci. Nous utilisons l'électrostimulation aussi pour désensibiliser la région et dans le contrôle de la douleur (1).

L'utilisation de techniques d'insertion est une forme de désensibilisation qui peut commencer avec un tampon, et puis une sonde vaginale, et éventuellement avec des 'acommodateurs', qui sont des objets en forme de phallus, de circonférences graduées. La patiente apprend à relâcher le plancher pelvien assez pour permettre l'insertion de l'objet. La première insertion est faite en clinique et la patiente pratique ensuite à la maison. Une fois qu'elle est capable de faire l'insertion d'un accommodateur de la bonne grandeur, elle devient prête, physiquement et cognitivement, pour la pénétration sexuelle.

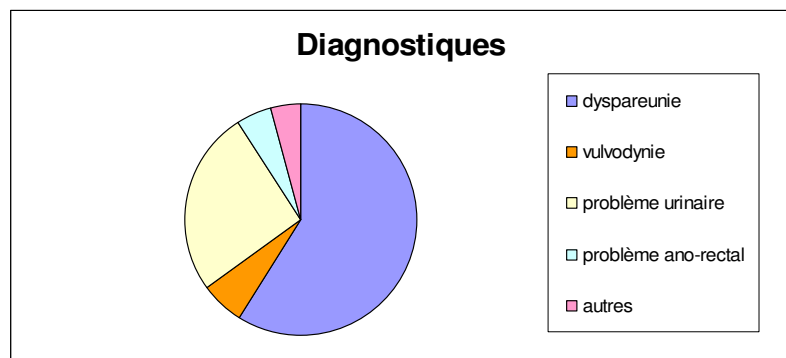
Les conseils fonctionnels sont donnés au cours des traitements. Nous demandons à la patiente de s'abstenir de la pénétration jusqu'à temps que nous sommes assurés qu'elle contrôle bien sa musculature et qu'elle a saisi les principes de l'approche. Une fois qu'elle est prête à entreprendre les relations, nous discutons de la meilleure procédure à suivre, en conseillant sur la préparation, les lubrifiants, et le positionnement durant les relations.

Dans le traitement d'autres pathologies en physiothérapie, l'approche biopsychosociale a déjà fait ses preuves (4). Puisque des facteurs psychologiques autant que physiques peuvent occasionner et perpétuer des symptômes (6), nous croyons que cette approche est à prioriser davantage dans le traitement de vestibulodynie et vaginisme. Nous utilisons la théorie du portillon de Melzack (8), pour aider la patiente à identifier les facteurs physiques, émotionnels et cognitifs qui promouvoient soit l'ouverture ou la fermeture de leur propre portillon, modulant ainsi leur perception de la douleur.

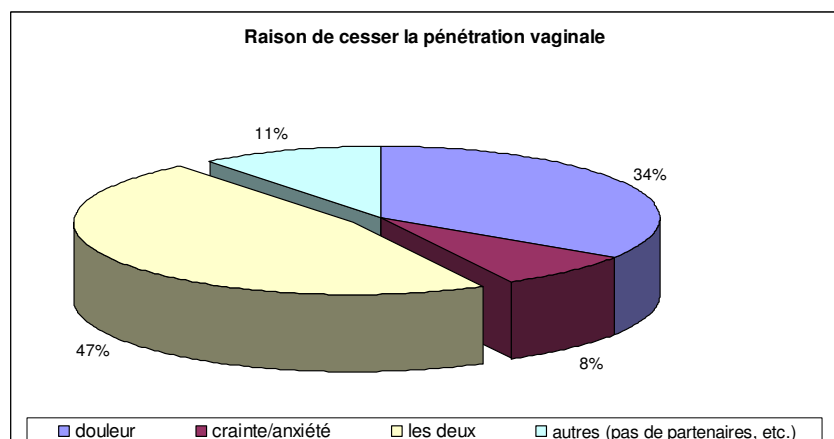
En moyenne, nos patientes sont suivies pendant dix traitements, sous prescription médicale seulement, et elles doivent en conjonction suivre un programme d'exercices à la maison. Le traitement doit être fait dans un climat très professionnel et de confiance, avec une approche respectueuse et sans jugement.

Nous travaillons en tandem avec un/une psychologue ou sexologue pour aider celles de nos patientes qui sont plus anxieuses, plus craintives ou qui semblent dépressives. Ce suivi concomitant en psychologie est efficace aussi pour celles qui ont de la difficulté à progresser, à faire les exercices à domicile ou à participer pleinement aux traitements.

Nous avons regroupé des statistiques à notre clinique de physiothérapie à Montréal, de janvier à mai 2007. Sur un total de 97 patientes référées pour la rééducation pelvi-périnéale, 57 ont été référées avec des problèmes de dyspareunie, 6 avec la vulvodynie essentielle, 25 ont été référés pour des problèmes urinaires, 5 pour des problèmes ano-rectales, et 4 pour d'autres problèmes.



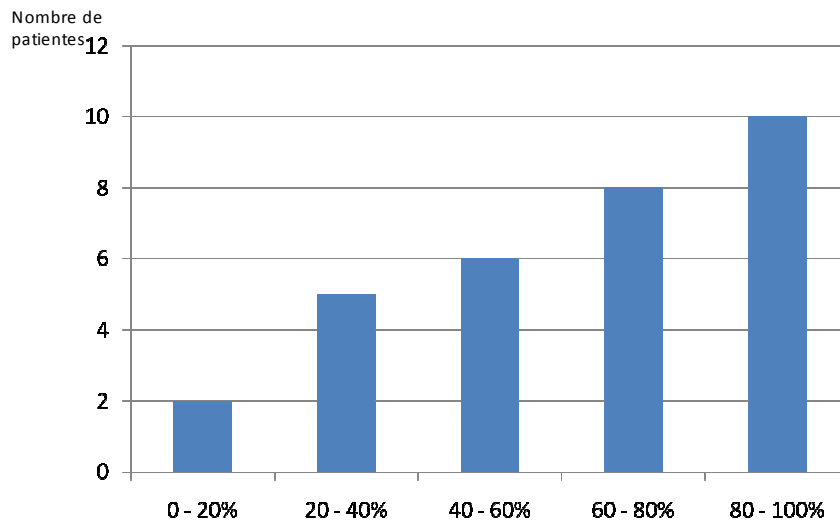
Plusieurs des nos patientes avaient cessé les relations sexuelles avec pénétration, la plupart due à une combinaison de la douleur et de l'anxiété.



Nous avons effectué un sondage préliminaire, sur les résultats de notre approche pour nos patientes souffrants de dyspareunie. Ceci a été fait sous forme d'un questionnaire qui a été envoyé par la poste aux patientes ayant suivies des traitements pendant l'année 2007 à notre clinique de physiothérapie à Montréal. Sur 100 questionnaires envoyés, nous avons reçu 36 réponses, donc 31 réponses qui étaient pertinentes pour les raisons de cette étude.

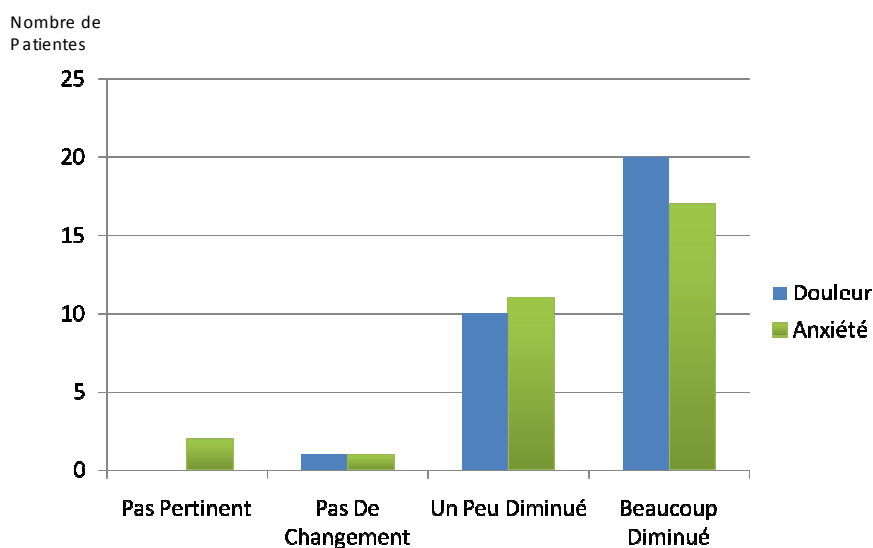
Parmi les répondantes, plus de que la moitié ont constaté une amélioration subjective de plus de 60% et un tiers ont constaté une amélioration au-delà de 80%.

Pourcentage d'amélioration subjective

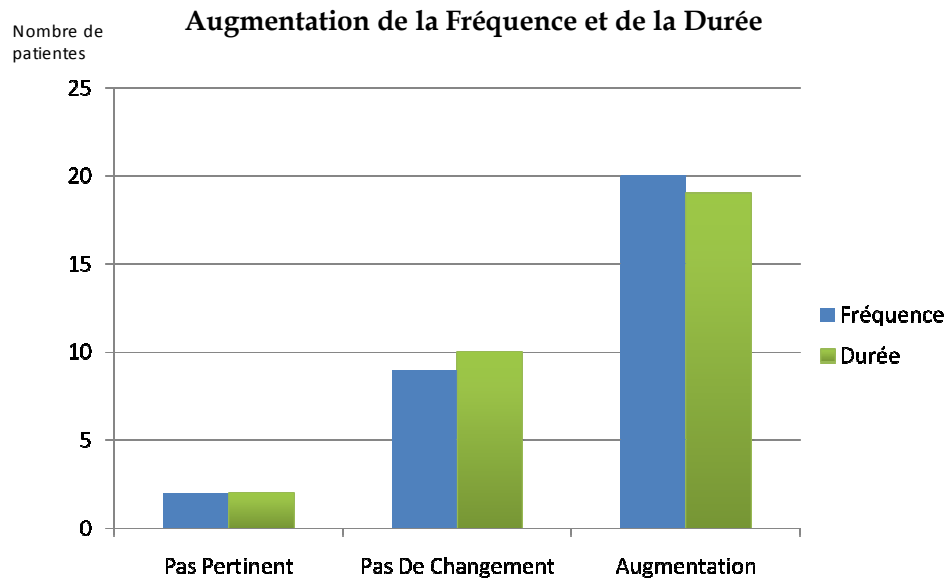


Vingt patientes sur 31 ont réclamée que leur douleur lors des relations avait 'beaucoup diminué' pendant que 18 sur 31 ont constaté que l'anxiété avait 'beaucoup diminué'.

Diminution de la Douleur et de l'Anxiété



En regardant un aspect plus fonctionnel, 20 patientes ont vu une augmentation de la fréquence des relations sexuelles depuis les traitements de physiothérapie. La durée des relations a augmenté chez 19 patientes.



Récemment, une révision critique des études publiées sur le traitement de la vestibulodynie a divisé les traitements en quatre catégories : la chirurgie, les traitements médicaux, l'approche comportementale/cognitivo-comportementale, et les traitements alternatifs (7). L'approche comportementale est parmi les traitements les moins étudiés, malgré un taux de succès promettant (de 35-83%).

Même si le nombre de répondantes ne soit pas élevé, les résultats de notre sondage sont encourageants car ils démontrent des gains très fonctionnels avec la physiothérapie. De plus, les commentaires ajoutés par les répondantes à la fin des questionnaires soulignent les effets positifs de l'éducation et de la dédramatisation. Nous sommes persuadés que c'est une approche fonctionnelle, liant le physique et le psychologique avec la vie sexuelle de la patiente qui mène au succès dans le traitement de la vestibulodynie et du vaginisme.

Évidemment, nous soulignons l'importance du développement d'études prospectives, randomisées, et contrôlées pour nous aider à valider scientifiquement l'approche appropriée dans le traitement de ces conditions.

REFERENCES

1. Allen R. Physical Agents Used in the Management of Chronic Pain by Physical Therapists. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 17 (2006), pp 315-345.
2. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, et al: Physical Therapy for Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Retrospective Study. *Jrnl Sex & Marital Therapy*, 28:183-192, 2002.
3. Friedrich, EG Jr. Vulvar Vestibulitis Syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32, pp110-114
4. Guzman J, Esmail R, et al: Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic reviewé *BMJ* 2001;322;pp1511-1516.
5. Haefner H. Report on the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, Volume 11, Number 1, 2007, pp48-49.
6. Heim L: Evaluation and Differential Diagnosis of Dyspareunia. *American Family Physician*, Volume 63, number 8, April 2001.
7. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ et al. The Treatment of Provoked Vestibulodynia, A Critical Review. *Clin J Pain*, Volume 24, Number 2, February 2008.
8. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A new theory. *Science*, 150; pp171-9, 1965.
9. Pukall CF, Binik YM, Khalifé S, et al. Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 2002; 96: pp163-165.
10. Pukall CF, Baron M, Amsel R, et al. Tender Point Examination in Women With Vulvar Vestibulitis Syndrome: *Clin J Pain*, Vol.22, Number 7, September 2006.
11. Reissing E, Binik Y, Khalifé S et al: Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An Empirical Investigation of the Diagnosis of Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, Vol 33, No. 1, February 2004, pp 5-17.