

## REPÈRES PRATIQUES

### Pathologie vulvaire

# Quel est le traitement d'une vulvodynie ?



→ C. DE BELIOVSKY  
Institut Alfred Fournier,  
PARIS.

### Définition

La définition de l'ISSVD (*International Society for the Study of Vulvar Disease*) est la suivante: inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures, apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique. On distingue aujourd'hui les formes généralisées ou localisées, les formes provoquées par le toucher ou spontanées. Leur traitement est peu différent. Il est possible de modéliser les douleurs des vulvodynies comme des anomalies de 3 systèmes indépendants: la muqueuse vestibulaire, les muscles du plancher pelvien et la régulation de la douleur par le système nerveux central [1].

Reconnaître et nommer l'affection est le premier pas dans la prise en charge thérapeutique, laquelle doit être multifactorielle et pluridisciplinaire dans tous les cas (**fig. 1 et 2**).

### Prise en charge des facteurs déclenchants ou aggravants

Les candidoses vulvovaginales récidivantes (CVVR) multiplient par 4 le risque de vulvodynie et les vaginoses bac-

tériennes par 22. Il convient de les dépister, d'équilibrer la flore vaginale si besoin et d'entreprendre un traitement *per os*, par métronidazole pour les vaginoses et fluconazole pour les CVVR. Dans ce deuxième cas, la posologie peut atteindre 150 mg/semaine pendant 6 mois, avec surveillance éventuelle du bilan hépatique. Devant une sécheresse importante, une estrogénothérapie locale et vaginale est indiquée et un traitement hormonal substitutif de la ménopause peut être discuté avec le gynécologue traitant. La contraception orale estroprogestative peut-être responsable d'une élévation de la sensibilité du vestibule et son arrêt discuté au cas par cas.

### Traitements locaux

La lidocaïne topique à 5 %, appliquée 4 à 6 fois par jour, agit en bloquant les nerfs périphériques modulant la douleur et inhibant l'inflammation neurogène. Elle peut diminuer la douleur spontanée et/ou provoquée par les rapports sexuels. Elle représente une première étape de la prise en charge de la douleur, tout en focalisant l'attention sur le vestibule et en incitant la patiente à des massages doux de la zone douloureuse. Dans les cas peu sévères, ce premier traitement associé à des explications et à une réassurance peut suffire.

### La kinésithérapie vaginale avec *biofeedback*

C'est une des clefs du traitement. Elle permet d'agir sur la douleur, sur la tension musculaire locale (muscles du plancher pelvien) et générale. Elle consiste en des massages intravaginaux, des mobilisations des tissus mous, du relâchement myofascial, du *biofeedback*, parfois de la stimulation électrique et un programme d'exercice à la maison. Des améliorations significatives de la douleur et de la fonction sexuelle sont obtenues dans 52 à 83 % des cas. Dans un premier temps, une douzaine de séances sont prescrites, renouvelables en accord avec le kinésithérapeute spécialisé.



**FIG. 1:** Examen vulvaire normal. L'érythème localisé à l'orifice des glandes Bartholin n'a pas de signification pathologique. En revanche, c'est là que la douleur au toucher est maximale. Le diagnostic de vulvodynie peut être posé.



**FIG. 2:** Dyspareunie isolée depuis plusieurs mois. L'examen clinique effectué peu de temps après un rapport sexuel a retrouvé la présence de fissures hyménales siègeant horizontalement de part et d'autre du vestibule. D'origine mécanique, ces fissures disparaissent après kinésithérapie associée éventuellement à une chirurgie.

## Les traitements généraux de la douleur

La prise en charge de la vulvodynie se rapproche de celle de toute douleur chronique avec une composante neuropathique et un processus de centralisation de la douleur. Les molécules les plus régulièrement efficaces sont les antidépresseurs et les anticonvulsivants.

>>> Parmi les antidépresseurs, ce sont les **tricycliques** les plus prescrits et parmi eux l'amitriptyline. De nombreuses études ont prouvé son efficacité. La comparaison randomisée de deux groupes traités avec ou sans cette molécule a démontré une amélioration > 50 % dans 59 % des cas avec *versus* 38 % sans amitriptyline [2]. Les gouttes ou comprimés sont prescrits en une seule prise le soir, en débutant par 5 mg et en augmentant très progressivement tous les 3 à 5 jours. Les publications font état de doses allant jusqu'à 75 à 150 mg/j. En pratique, la somnolence limite souvent la posologie à 10 à 20 mg/j.

>>> Les antidépresseurs **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** sont indiqués en cas de dépression avérée.

>>> Les anticonvulsivants : les gouttes de clonazépam ont un effet rapide sur la douleur et un effet anxiolytique marqué.

>>> La gapapentine ou la prégabaline : bien que très efficaces sur les douleurs neuropathiques, la mauvaise tolérance de ces molécules en limite la prescription au cours des vulvodynies.

## Proposer un abord psychothérapeutique

Ce n'est pas toujours difficile, d'autant que beaucoup de ces patientes consultent déjà un psychiatre. En effet, en cas de dépression, celle-ci précède le début des vulvodynies dans 62,5 % des cas. Psychothérapie comportementale, psychothérapie analytique, relaxation, voire hypnose, prise en charge par un sexologue sont à discuter avec la patiente.

## Place de la chirurgie ?

Elle est limitée : incisions radiales pour fissures hyménales, traitement d'une bride postérieure. En France, la vestibulectomie et la périnéoplastie de Woodruff sont très peu pratiquées. Des publications font état d'amélioration, voire de disparition de la douleur dans 61 à 94 % des cas, avec cependant des complications et des aggravations dans respectivement 15 % et 9 % des cas [3].

Une étude randomisée comparant psychothérapie, *bio-feedback* et vestibulectomie chez 51 patientes a montré à 6 mois des résultats identiques avec amélioration significative de la douleur, de l'état psychologique et de la fonction sexuelle. Après 2,5 ans, la douleur a continué de

# REPÈRES PRATIQUES

## Pathologie vulvaire

Consultation 1	Diagnostic positif: interrogatoire, examen clinique	Eliminer pathologies – Infectieuses – Dermatologiques – Malformations anatomiques – Vaginite atrophique – Candidose, vaginose. – Lichen scléreux, psoriasis – Bride
	Le terrain	– Antécédents médicaux/ gynécologiques – Pathologies associées : – Migraine – Colopathie fonctionnelle – Cystite interstitielle – Lombalgie chronique – Fibromyalgie – Insomnie
	Proposition d'un programme thérapeutique	– Explications (a) – Traitement local (b) – Kinésithérapie (c) – ± Traitement général (d) – ± Psycho/sexothérapie (e)
Consultation 2 et suivantes	Le point	Traitements suivis – Pourquoi – Résultats
	L'examen clinique	
	La suite	– Renouvellements et/ou modifications a, b, c – Introduction d ± e ?

TABLEAU I.

s'atténuer alors que les fonctions sexuelles restaient inchangées [4]. Ainsi, la chirurgie n'est certainement pas la solution des vulvodynies provoquées.

### Conclusion

La prévalence des vulvodynies est de 12 % dans la population générale. Les dermatologues sont en première ligne pour éliminer une pathologie vulvaire inflammatoire ou infectieuse. Le suivi thérapeutique régulier comportera toujours un aspect somatique (avec examen clinique à chaque consultation) et un aspect psychologique, en relation avec les autres praticiens impliqués dans la prise en charge (gynécologue, kinésithérapeute, psychiatre, sexologue) (**tableau I**).

Il semble qu'une approche multimodale d'emblée soit plus efficace que la succession chronologique des différentes méthodes thérapeutiques. En plusieurs mois, on note alors des améliorations > 50 % dans la majorité des cas. La date de disparition des symptômes est imprévisible. Certaines patientes son satisfaites d'une simple atténuation des brûlures et ne souhaitent pas poursuivre le traitement, attitude qu'il convient de respecter. Enfin, la relation de confiance tissée avec la patiente lui permettra de revenir directement chercher des soins en cas de rechute.

### Bibliographie

1. ZOLNOUN D, HARTMANN K, LAMVU G *et al.* A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv*, 2006; 61: 395-401.
2. REED B, CARON A, GORENFLO D, HAEFNER H. Treatment of vulvodinia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis*, 2006; 10: 245-51.
3. LANDRY T, BERGERON S, DUPUIS MJ. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain*, 2008; 24: 155-71.
4. BERGERON S, KHALIFE S, GLAZER H *et al.* Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol*, 2008; 111: 159-66.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.