

Ann
Mas

Cor
Mad
4 ru
7500
Tel :
E-ma



Image de soi
Estime de soi
Honte
Insécurité
Anxiété
Peurs
Traumatismes psychiques
Traumatismes physiques

VAGINISME & VULVODYNIES
Etudes , Propositions de traitement,

Abstract

Résumé :

Brûlure cutanée vulvaire exquise pour la vulvodynie, contracture obturant le vagin pour le vaginisme ; ces troubles à la fois fonctionnels et psychosomatiques posent un problème de management médical. Dans un contexte douloureux, centré sur les organes génitaux, les facteurs psychologiques semblent particulièrement sensibles

.Nous proposons, une recherche en deux volets :

(a)Etude A : Prospective consécutive contrôlée (15 vaginismes, 78 vulvodynies, 78 contrôles) :

Prise en compte des vécus psychiques, relevé des événements traumatiques.

(b)Etude B : prospective (n=78) pour les vulvodynies et (n=15) pour les vaginismes, portant sur l'effectivité d'un traitement pluridisciplinaire (2003-2005)

Résultats de l'étude A

Le contexte victimologique est important pour les trois groupes, néanmoins le groupe vaginisme est victime d'agressions à connotation sexuelles et menaces de danger alors que le groupe vulvodynie subit plutôt des violences physiques. Le groupe vulvodynie semble affecté par des problèmes familiaux et professionnels source d'anxiété.

Traitement multidisciplinaire :

(I)prise en charge médicale et pharmacologique après diagnostique précis.

(II)prise en charge physiologique par un périneologue :

1 Proprioception pelvi-périneale :

2.Approche psychosomatique, Evocation du lien corps / psyché, mise en sens anatomique, et perceptions des limites.

(III)prise en charge des conflits psychiques.

Etude B : évaluation de notre prise en charge multi disciplinaire.

.Méthodologie

Relevé du Score(0 à 5) de satisfaction pour le « follow up » arrêté en août 2005

1- Douleur : évaluation descriptive de l'évolution de la plainte initiale

2- Sexualité :

La réponse évalue la qualité de la sexualité retrouvée, le plaisir, la libido

.Résultats pour le groupe Vulvodynies :

78 patientes moyenne d'âge 34.5 ans

La durée moyenne des symptômes 48 mois

41 patientes ont terminé leur traitement (51 %)

7 mois en moyenne de traitement.

79 % Répondent favorablement. 36 % de patientes guéries à 6 mois.

Résultats pour le groupe vaginisme :

15 patientes ,Moyenne d'âge 29 ans.

La durée moyenne des symptômes 70 mois

Amélioration en moyenne après 10 séances de kinésithérapie soit 4 mois.

73 % peuvent utiliser un tampon et faire pénétrer une sonde vaginale de biofeed back, une bougie de dilatation de diamètre 2 et 3. 60 % soit 9 patientes ont réussi à poursuivre une pénétration vaginale sans peur .47 % sont guéries et ont repris une sexualité.

Conclusion

L'adaptation de techniques spécifiques de kinésithérapie périnéale en relaxation, en stretching des muscles pelviens avec des scores de satisfaction aussi important, tant pour la vulvodynie que pour le vaginisme montre la voie pour de futures élaborations de protocoles multidisciplinaires.

Vulvodynies et vaginisme : Actualisations.

I. Introduction :

Après exclusion des étiologies organiques, ces plaintes, vécus comme : une brûlure vulvaire exquise pour la vulvodynie ; une contracture obturant le vagin pour le vaginisme, empêchent jusqu'à toute relation sexuelle et affectent la vie sociale des patientes.

Ces troubles à la fois fonctionnels et psychosomatiques posent un problème de management médical pour une raison simple : Les causes restent inconnues et il n'existe à l'heure actuelle que très peu de données issues d'études pour supporter une orientation thérapeutique plutôt qu'une autre.

Dans la plupart des syndromes douloureux ; il existe une excessive incidence de la morbidité psychologique.

Dans un contexte douloureux tel que ceux de la vulvodynie et du vaginisme, centré sur les organes génitaux, les facteurs psychologiques semblent particulièrement sensibles.

Aussi proposons-nous, une recherche en deux volets : étiologique(a) et thérapeutique(b).

(a)Etude A : Prospective consécutive contrôlée (15 vaginismes ,78 vulvodynies, 78 contrôles) :

Prise en compte des vécus psychiques, relevé des événements traumatiques.

(b)Etude B :prospective (n=78) pour les vulvodynies et (n=15) pour les vaginiques, sur l'effectivité d'un traitement pluridisciplinaire (2003-2005) :

(prise en charge physique, pharmacologique et psychologique)

II. Définitions usuelles :

VULVODYNIE :

La vulvodynie est une plainte courante en pratique gynécologique, 13 % d'une consultation de gynécologie¹. Pour les USA ce pourrait concerner 16 % des femmes²(lifetime cumulative incidence), soit 14 millions d'américaines.

Les dysesthésies vulvaires ou vulvodynies³ sont des plaintes à types de brûlures, douleurs, qui se chronicisent au-delà de 3 mois, sans étiologies, sans substrat anatomo-organique, douleurs qui ne réveillent pas la nuit et ne sont apaisées que par la position allongée.

La pathogenèse est très discutée, le vestibule de ces patientes présente cependant une augmentation significative de l'innervation^{3,4}.

Le diagnostic différentiel permettra d'exclure des vulvodynies³ :

Les dermatoses courantes, les atrophies vulvaires, le syndrome du canal de Alcock, les herpes simplex, le lichen sclerosus, le syndrome de Behçet, le syndrome de Sjögren, les néoplasies intra épithéliales, et les carcinomes.

VAGINISME :

Le vaginisme, tel que, définit par Masters et Johnson en 1970 puis par Kaplan en 1974 serait une réaction réflexe musculaire par anticipation de la douleur. Malgré une réelle et explicite volonté d'engager une sexualité, la femme vaginique, dont le tonus musculaire est probablement excessif ne peut obtenir une pénétration sans douleur elle se refuse rapidement après quelques essais à toute pénétration.⁵ Le spasme musculaire des muscles du plancher pelvien, n'est cependant pas toujours confirmé (Reissing,Binik&Khalifé 99)⁶.Signe de conversion ou réponse conditionnée ,hypothèse avancée par de nombreux auteurs d'obédience psychiatrique depuis les essais de Freud déclinés de 1894 à 1975 jusqu'aux écrits plus récents de Wesselman Burnett et Heinberg en 1997, le vaginisme cependant ,caractérise une relation de couple particulière⁵.Les co-morbidités de la sphère pelviennes sont fréquentes (dysfonctions mictionnels ou anorectales)Pour Reissing il faudrait considérer la somme des items suivant : Douleur , peur de la douleur , dysfonction du plancher pelvien et l'attitude d'évitement de la patiente .Ce qui revient à re conceptualiser l'approche étiologique sous un angle multidimensionnel. Pour cette équipe canadienne les patientes vaginiques présentent, une nette augmentation du tonus du périnée mais une moins bonne force de contraction de ce dernier.

III.A. ETUDE A : recherches d'informations étiologiques

Quelle est la prévalence de facteurs traumatiques ou évènements stressants dans la vie de nos patientes présentant soit un vaginisme soit une vulvodynie?

III.A.1 Objectifs :

Nous proposons de questionner nos patientes sur les évènements et les facteurs psychiques qui pourraient être déclencheurs de cette affection en comparant ces données à celles obtenues auprès d'un groupe contrôle . Nous rechercherons également les causes traumatiques physiques prédisposant cette localisation somesthésique .

III.A.2.Méthodologie :

Etude A :

Tous les patients sélectionnés pour cette étude sont et seront adressés à un perineologue dans une période de trois années.

Les référents sont soit des médecins gynécologues soit des médecins sexologues soit des sages femmes soit des dermatologues.

Certains dossiers sont revus pour les besoins de l'étude (rétrospectivement) les autres cas sont inclus au fur et à mesure de leur présentation depuis 2003 et jusqu'en août 2005.

Ces deux groupes de patients forment une série de 15 et 78 cas consécutifs adressés pour traitement de leur vaginisme ou de leur vulvodynies.

Le groupe contrôle est constitué de patients se présentant chez le même thérapeute pour des problèmes de plancher pelvien (sans vulvodynies ni vaginisme).

L'anamnèse de chaque patient est obtenue à la première présentation avec une attention particulière portée sur la fragilité psychique et émotionnelle de ce groupe.

Les éléments anxigènes ou en étroite relation avec des sensations d'insécurité sont questionnés en premier.

Ce questionnaire se rapproche du questionnaire EVE (Ferreri.M 1987) ⁷ se voulant être une échelle événementielle.

Les évènements de vie plus en lien avec des pertes de narcissisme ou des difficultés de construction personnelle seront questionnés ensuite (divorce, relations affectives, licenciement, harcèlement ...).

Les patients seront questionnés en regard de la victimologie (abus sexuels violences, agressions, suicide de proches, violence conjugale, harcèlement dans le couple ...)

Les aspects plus courant de la vie de couple ou du type de relation avec le partenaire seront évoqués en incluant les données de durée et de proximité dans le temps des évènements type ; Mariage, grossesse..)

Les deuils, les avortements les relations de confiance au corps médical et tous les aspects de la confrontation à des maladies de proches seront inclus.

Les évènements traumatiques, sous un angle physique seront aussi questionnés (accidents de voiture, chutes violentes sur le bassin le coccyx)ainsi que la prévalence de certains sports de hauts niveaux et la prévalence de la pratique de gymnastique artistique, de la danse classique dans l'enfance.

III.A.3 RESULTATS

le groupe Vulvodynies.

78 femmes avec une vulvodynie ayant une moyenne d'âge de 34 ans

La durée moyenne des symptômes est de 48 mois, 40 % sont mariées 58 % sont nullipares.

Le groupe contrôle (n= 78) est principalement constitué de Post partum, LUTS et troubles pelviens.

La moyenne d'âge est de 40 ans avec 10 % de nullipares 51 % sont mariées.

le Groupe Vaginisme.

15 patientes ont été enrôlées avec vaginisme, la moyenne d'âge est de 27 .5 ans, la durée moyenne de symptômes est de 70 mois.

Le désir de consultation est la plus souvent motivé par le désir d'enfant pour 53 % des patientes d'ailleurs 11 sont nullipares soit 73%.

A noter une forte pratique religieuse ou un fort impact culturel pour 60 % des patientes.

Les données du groupe vaginisme sont exprimées en pourcentage bien que l'échantillon soit peu significatif, les deux groupes vulvodynies et vaginisme seront étudiés au regard du groupe contrôle .

Les abus sexuels , exhibitionnistes , incestes restent plus important pour ces deux groupes que pour le groupe contrôle (13% d'abus sexuel pour la vulvodynie v 20 % pour le vaginisme et 10 % pour le groupe contrôle)

Les violences familiales 12 % v 20 % dans le groupe vaginisme et 6 % dans le groupe contrôle

Les agressions physiques sont plus importantes dans le groupe vulvodynies 31 % v 7 % dans le groupe vaginisme et 19 % dans le groupe contrôle .

Les morts violentes suicides concernent 20 % du groupe vulvodynie et 14 % du groupe vaginisme v 17 % groupe contrôle ;

Les maladies de proches 21 % dans le groupe vulvodynie versus 27 % dans le groupe vaginisme et 15 % dans le groupe contrôle .

Parents divorcés 26 % du groupe vulvodynie versus 33 % du groupe vaginisme et 9 % du groupe contrôle .

Relation actuelle ou précédente nocive pour 39 % du groupe vulvodynie versus 7 % du groupe vaginisme et 9 % du groupe contrôle .Accident de voiture pour 27 % du groupe vulvodynie 40 % du groupe vaginisme et 33 % du groupe contrôle .

Chocs violents sur le coccyx pour 55 % du groupe vulvodynie et 33 % du groupe vaginisme v 35 % du groupe contrôle .

Perte de libido 94 % du groupe vulvodynie et 60 % du groupe vaginisme pour 29 % du groupe contrôle ;

III.A.5 Commentaires et discussions à propos de l' étude A.

Points communs entre les deux groupes étudiés.

Le taux de parents divorcés (30 %) est nettement supérieur au groupe contrôle , de même

Les maladies anorexiques , cancer ,toxicomanie au sein de la famille proche concernent 20 à 27_ % des patientes .**L'absence de Libido et la perte du désir est quasi unanime !**

Le contexte victimologique est important pour les trois groupes, néanmoins ;

Le groupe vaginisme est victime de plus d'agressions à connotation sexuelles.

Le groupe vulvodynie subit plutôt des violences physiques.

Le groupe vulvodynie semble affecté par des obligations familiales et professionnelles difficiles créant une ambiance anxieuse.

Les conjoints nocifs, qu'ils soient pervers manipulateurs ou simplement nocifs , sont présents dans l'histoire passée et/ou présente des patientes du groupe vulvodynie.

Cette plainte n'existe absolument pas dans le groupe vaginisme.

Le groupe vaginisme, lui, a peur, il y a des peurs familiales, des contextes sociaux culturels et religieux qui inscrivent une menace dès le plus jeune âge ; de même chez ce groupe le taux de mort violente dans l'entourage proche est aussi plus important. La prévalence d'évènements source d'effroi et /ou de peur est validée pour le groupe vaginisme et confirme les travaux de JannekeVan der Velde⁸.

Douleur de la sphère sexuelle : hypothèses physiologiques.

Approche neuromusculaire :

Pour certains auteurs un traumatisme ou une maladie peut être source de disparition ou de modification des influx des voies afférentes avec pour résultats une augmentation des décharges spontanées en ce qui concerne cellules de la corne postérieure dorsale de la moelle .

(SIFUD 05 journée consacrée à l'hypertonie périnéale)⁹

Un autre mécanisme évoqué ,expliquant cette chronisation de la douleur , pourrait être une perte sélective des influx inhibiteurs provenant des afférences somatiques myélinisées plus large (type fibres A-alpha).L' information sensorielle de type nocive est acheminée au système nerveux central via les fibres A-delta myélinisées ou les fibres C amyélinisées . Cette information est ensuite modulée et filtrée avant déclenchement de toute activité musculaire ,ce serait ce processus de régulation qui ne fonctionnerait plus , enclenchant une contraction musculaire périnéale par exemple .

Il se peut aussi qu'il s'agisse d'un mécanisme neurophysiologique au niveau des neuropeptides nécessaires au bon fonctionnement de ce système filtre modulant l'information des fibres C qui sont libérés à la suite des messages afférents , messages qui seraient erronés . Ils sont le lien entre le vécu du patient et la réponse musculaire déclenchée ..Certains neuropeptides sont directement responsable de la douleur et influencent le tonus musculaire .La substance P libérée lorsque des terminaisons nerveuses périphériques sont exposées à des stimuli nociceptifs peut provoquer une inflammation neuronale .

La calcitonine (CGRP) déclenche une vasodilatation dans le muscle , les neuroténines A et B ainsi que la substance P augmentent la perméabilité vasculaire ;ces processus biologiques décrits par Zermann et all 2001⁹ peuvent expliquer un dysfonctionnement pelvien .

Stress peur et douleurs le cercle infernal de l' émotion:

En 2000 ,Van der Velde , Laan et Eveaerd⁸ , enregistre l'incidence EMG des émotions sur le plancher pelvien ; Elle établit alors que la réactivité des muscles du plancher pelvien n' est pas liée à la seule présentation des images à connotation sexuelles , mais plutôt à la présentation d'images provoquant la peur . Les peurs à connotation sexuelles ne donnant pas forcément une activité musculaire supérieure à celle produite par la violence .

C'est probablement cet état de non-repos permanent du plancher pelvien augmenté des réactions par anticipation d'évitement de la douleur ,ce , à nouveau exacerbé à chaque tentative de pénétration ,qui conduisent à un dérèglement progressif du tonus musculaire du périnée , dans le groupe vaginisme .

Cette inscription du tonus musculaire que l' on pourrait imaginer durant des heures des jours voir des années ,constituera une contracture de plus en plus efficace et de plus en plus douloureuse conduisant à l' abstinence sexuelle .

L'état de stress (Stress aigu ou Stress post- traumatique) conditionne également une hyper vigilance et une anticipation anxieuse elle-même générateur d'un tonus musculaire excessif au repos .(Description du DSM IV) .

Cependant une étude récente d'Engman M ¹⁰,portant sur 224 cas consécutifs ,ne retrouve aucune distinction significative de l'EMG entre les 3 groupes ;vaginisme , dyspareunies et vulvodynies , il s'agit donc pour le vaginisme probablement d'une contraction réflexe plutôt que d'une contraction permanente comme il est souvent évoqué ,il faudrait dès lors vérifier si cette contraction périnéale n' est pas simplement retrouvée pour toutes les femmes ayant une plainte sexuelle ¹¹ .

Si la peur induit une réaction musculaire , le Stress lui induit une modification loco-regional sur les cellules imparies dans les inflammations ce qui influencera par exemple , la flore bactérienne (tout au moins cela a t-il été décrit pour la flore intestinale dans un article (review) de juillet 2002¹¹ ,évoquant les mécanismes physiologiques induits par le stress ,initiant et perpétuant une inflammation gastro-intestinale . (A Hart , M .A Kamm)^{12,13} .

Il est également évoqué par SM Collins ^{14,15} , que la barrière épithéliale de l' intestin ; barrière mécanique et immunitaire ,est sujette à des modification lors d'épisodes de stress et qu'elle devient alors perméable à des agents pathogènes source d'inflammations et de brûlures .

Le stress augmente également la perméabilité aux ions, facilite la sécrétion aqueuse et l'excrétion de mucine, il affecte aussi la production de cytokine probablement par des voies venant du système nerveux central vers les cellules de la muqueuse intestinale que l'on retrouve dans les facteurs neuro endocriniens (corticotropin releasing factor), médiateurs cholinergiques et adrénergiques.

Que se passe -t-il pour la muqueuse vaginale ? Peu d'études semblent s'y intéresser !

Tympanidis P et all en mai 03¹⁶ ,effectuent une biopsie du mur postérieur du vagin sur 8 patientes présentant une vulvo-vestibulite et trouvent une augmentation significative des PGP 9.5 immunoreactive marqueur neuronal et des CGRP neuropeptide calcitonine gene related peptide signe d'un accroissement nerveux secondaire **Contexte inflammatoire neuronal ou modification de la flore vaginale , ses processus inflammatoires semblent bien agir plus particulièrement chez les patientes vulvodyniques .**

Dépression anxiété et troubles de la libido .

60 % des patientes ayant une dépression présentent des symptômes anxieux¹⁷ .

L'anxiété agit principalement sur le système central autonome par une augmentation du tonus Sympathique , diminuant alors principalement la libido et l'excitation, réduisant la congestion et la lubrification par une diminution des réponses parasympathiques.

D' après l' étude ELIXIR conduite auprès de 4557 patients dépressifs en France¹⁸ (Bonierbiale , Lançon , Tignol) ;les dysfonctions sexuelles touchent 69 % des patients dépressifs. La principale distribution des plaintes est pour ¾ baisse de libido pour ¼ baisse de l'orgasme pour ¼ baisse de la lubrification.

La chute de la libido dans notre groupe étudié est donc probablement signe de l' importance des symptômes anxieux et probablement de la dépression (94 % dans le groupe Vulvodynie , 60 % dans le groupe vaginisme).

Pour les patientes vulvodyniques le contexte anxio depressiogene est plus marqué.

Pour le groupe vaginique ,l' abstinence sexuelle explique probablement une moindre plainte le plaisir sexuel n' étant pas encore connu ,Ribot en 1986 évoque plus volontiers la notion d' anhedonia, procédé psychique d'évitement de toute émotion trop forte et de stimuli négatifs, que pourraient être le plaisir , pour ne pas souffrir plus.

En résumé

Cette étude semble déjà montrer l'intérêt de questionner les événements de vie de nos patientes présentant des troubles sexuels.

En effet nos deux groupes présentent bien plus d'évènements de vie difficiles que le groupe témoin :403 évènements décrits pour 250 dans le groupe contrôle .Pour les patientes vaginismes 365 en appliquant un calcul par ratio.¹⁹

L'Existence d'une relation non équivoque entre évènements de vie, troubles dépressifs et expression somatique vulvo-vaginal est mise en évidence. Confirmant de nombreux travaux
20.21.22.23.25

Cette étude argumente et valide l'orientation thérapeutique prise par notre équipe en réseau multidisciplinaire.

Lorsque la prévalence d'une causalité psychique est exprimée, l'orientation vers une prise en charge plus psychosomatique : mise en lien et apaisement de l'anxiété, devie ndra plus adaptée.^{26.27}

Si la prévalence d'évènements traumatiques physiques est exprimée, l'Orientation vers une prise en charge plus tissulaire, plus physiologique sera d'emblée plus adéquate.

III. B Description du protocole de traitement :

Notre protocole de prise en charge multidisciplinaire est le suivant :

(I) Pose du diagnostic : Qu'il s'agisse d'une expertise en gynécologie, dermatologie ou sexologie, l'exclusion de toute autre affection est essentielle, la simple évocation du nom de l'affection, conduit à nombre de guérisons spontanées, mais surtout permet de structurer une approche thérapeutique et d'apaiser l'anxiété.

(II) prise en charge en pelvi-périnéologie :

Travail somatique à distance de la zone douloureuse qui procède en plusieurs étapes :

Etape 1 :

Proprioception pelvi-périnéale, décongestion pelvi-abdominale, relaxation musculaire paradoxale à distance sur Ballon de grand diamètre. Stretching musculaire avec les techniques de contracter relâcher des principaux muscles pelviens : ischio-jambiers, psoas, pelvi-trochantériens, fessiers adducteurs.

Epuisement douloureux des points d'accu pressions (points myofasciaux selon d'autres auteurs) à distance puis progressivement sur la zone pelvienne et vaginale.

Etape 2 :

Approche périnéale

En manuel, prise de conscience.

Biofeedback périnéal endovaginal en relaxation (biofeedback négatif).

Etape 3 :

Approche psychosomatique, faire parler le corps évoquer les souffrances, les peurs ...

Evocation du possible lien corps / psyché, mise en sens anatomique, recherches des perceptions des notions de limites par exemple pour les prises en charge des vaginismes, travail avec un ballonnet endovaginal à gonfler progressivement, travail à la maison avec pénétration de bougies de diamètre variable en utilisant le contrôle périnéal, cônes de poids variables pour amplifier les notions de contrôle musculaire.

(III) prise en charge des conflits psychiques.

IV.A ETUDE B : évaluation de notre prise en charge multi disciplinaire.

IV.A.1.Objectifs :

Evaluation durant la prise en charge à 2 mois et 6 mois selon un score de réponses patientes (De 0 à 5) Il s'agit d'un instantané sur la prise en charge des deux groupes vulvodynie et vaginisme .

IV.A.2.Méthodologie pour l'étude B:

Relevé du Score de satisfaction pour le « follow up » arrêté en août 2005 de 78 patientes avec vulvodynies et 15 patientes présentant un vaginisme ; Certaines patientes ayant déjà terminé leurs traitements.

Ce score est une réponse globale de nos patientes selon une échelle subjective cotée de 0 à 5 évaluant les points suivants :

1-La Douleur : évaluation descriptive de l'évolution de la plainte initiale :

Exemple :douleur ne permettant plus de s'asseoir, de porter des vêtements, sous-vêtements.

Douleur ne permettant plus de sexualité pour les vulvodynies.

Douleurs ne permettant aucune pénétration pour les patientes vaginiques.

La réponse obtenue en août ou en fin de traitement, évaluera la persistance ou la disparition de ces douleurs, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie dans la vie de tous les jours, et plus spécifiquement l'état descriptif de la douleur lors des rapports sexuels et de leurs tentatives.

Exemple :douleurs persistantes ou non après les rapports sexuels.

2- La Sexualité : évaluation descriptive :

Réalisation possible ou non de pénétration. Pour les patientes avec vaginisme la réponse est plus précise car la pénétration de doigts ou de tampons sera également prise en compte.

La réponse évalue la qualité de la sexualité retrouvée, la normalité pour les patientes ayant déjà une référence de plaisir sera aussi reportée.

IV.A.3.Résultats :

IV.A.3.a .Résultats de notre prise en charge au sein du groupe Vulvodynies

Nous avons évalué 78 patientes présentant une vulvodynie ,moyenne d'âge 34.5 ans

La durée moyenne des symptômes est de 48 .51% ont terminé leur traitement et

9 se sont arrêtée avant la fin du protocole (entre 0 et 11 mois de traitement)

4 patientes sont enceintes et 31 patientes sont encore en traitement en août 05 date de l'arrêt du follow up. La durée du suivi est de 4 années (avec des traitements de rang 1 à 60 mois).

La moyenne des temps de prise en charge est de 7 mois .

40 % sont mariées 58 % sont nullipares

27 % des patientes ont eu une fausse couche ou une IVG .

63 patientes soit 81% ont une activité sexuelle même avec la douleur ,69 patientes soit 88 % ont un partenaire .Mais 17 % n'ont pas de relations sexuelles alors que 9 % sont célibataires.

50 patientes sur 78 sont traités avec application de crèmes topiques anti-inflammatoires et ou apaisantes type BETNEVAL MEDRANOZONE et parfois LAROXYL 3 gouttes pour les patientes très douloureuses.

Le traitement en kinésithérapie spécialisée est de 3 mois en moyenne.

Il faut en moyenne 7 séances avant une reprise de sexualité et une amélioration suffisante.

62 patientes soit 79 % patientes répondent quelles sont guéries, grandement améliorées ou améliorées. **36 % de patientes sont guéries complètement avec un recul de 6 mois.**

26 % se considèrent améliorées(Score 2) ayant occasionnellement quelques douleurs après un rapport sexuel.

17 % sont modérément améliorées(score 3) c'est à dire n'ayant plus aucunes douleurs durant la journée mais systématiquement lors des rapports sexuels. La Sexualité est néanmoins reprise et la libido remonte.

IV.A3.b. Résultats de notre prise en en charge pour le groupe vaginisme.

15 patientes sont prise en charge, la moyenne d'âge étant de 29 ans , et la durée moyenne des symptômes étant de 70 mois. Le désir de consultation est la plus souvent motivé par le désir d'enfant pour 53 % des patientes d'ailleurs 11 sont nullipares soit 73%.

73 % des patientes ont une activité sexuelle (frottement ,préliminaires) et 80 % ont un partenaire .3 sur les quinze sont célibataires et 4 sur le 15 n'ont pas d'activité sexuelle du tout.

Le début d'une amélioration nécessite en moyenne 10 séances de kinésithérapie soit en moyenne 4 mois.17 % des patientes sont encore en traitement.

13 % des patientes interrompent leur traitement ,40 % ont terminé avec succès leurs traitements essentiellement des vaginismes secondaires ..

Sur un suivi de 3 années la prise en charge moyenne par patiente est de 6.6 mois (rang de 1 à 24 mois),73 % peuvent en août 05 ,utiliser un tampon et faire pénétrer une sonde vaginale de biofeed back, une bougie de dilatation de diamètre 2 et 3. **60 % ont réussi à poursuivre une pénétration vaginale souvent incomplète mais sans anxiété .47 % sont guérie et ont repris une sexualité** 1 patiente est enceinte.

IVA.4 Commentaires et Discussions sur l' évaluation de notre prise en charge multidisciplinaire.

Du fait des résultats des travaux de l'étude A, nous nous sommes très rapidement intéressés à une prise en charge précoce des patientes en psychothérapie.

Nombre de patientes présentant des vulvodynies (35 %) seront orientées en thérapie auprès de psychiatres psychanalystes de notre réseau et 21 % sont déjà en thérapie au moment de leur prise en charge en périneologie.

Pour le groupe vaginisme seulement 27 % sont en thérapie, les résistances sont très importantes dans ce groupe. Au sein d'un travail multidisciplinaire il semble nécessaire pour nos patientes de ressentir une réelle cohésion d'équipe, il est d'ailleurs probable que cette cohérence structurelle fasse elle-même partie du traitement.

D'autre part l'incidence d'une prise en charge en thérapie psychothérapeutique pour notre groupe vulvodynies, semble favoriser l'amélioration et la conscience libidinale, les patientes sont plus à même de contrôler leurs anxiétés, le vécu des épisodes douloureux est mieux géré. L'impact de notre prise en charge par biofeedback, confirme les études de Rosenbaum TY²⁸ en Israël, de McKay E²⁹ Glazer HI³⁰ aux États-Unis, montrant des scores de réussite importants et ce même au long court.

Glazer HI³⁰ publie en 2000 un suivi long terme (94/96), de 62 patientes avec, 38 patientes à 39.5 mois en moyenne qui restent asymptomatiques depuis la fin de leur prise en charge. Pour les 43 patientes ayant répondu au questionnaire sur les 62 contactées, seulement 5 se sont plaintes de réapparitions de un à 3 épisodes de douleur avec une absence de douleurs pendant 19.8 mois en moyenne. 88.4% des patientes ayant répondu au questionnaire (38 sur 43) se considèrent guéries.

En résumé, 79 % de nos patientes vulvodynies sont améliorées, 36 % sont guéries.

73 % de nos patientes vaginiques ont appris à maîtriser leur périnée et leur appréhension de la pénétration, 47 % sont guéries. Ce protocole multidisciplinaire contribue à montrer tout comme l'ont montré, ceux développés par Wise D et Anderson R pour la prise en charge des douleurs pelviennes et prostatoses chez l'homme (juillet 05)^{31.32} ou ceux développés par l'équipe de Glazer HI (2000)³⁰ ou celle de Reed BD (2004)²³ pour la vulvodynie ou encore celui de Dita Katz et Ross Lyn Tabisel à New York pour le vaginisme; que l'idée d'appréhender les problématiques fonctionnelles de la sphère pelvienne avec une approche globale et pluridisciplinaire, humanise la prise en charge et permet une guérison par mise en sens progressive pour la patiente de son symptôme. La reprise de contrôle corporel et psychique lui permettant de soulager anxiété et souffrance psychique.

Cette prise de conscience au début corporelle autorise ensuite la prise en charge d'une dépression souvent sourde et permet dans le respect de la temporalité de chacune, une approche plus psychothérapeutique.

CONCLUSION

De nouvelles perspectives de traitements multidisciplinaires sont validés par plusieurs équipes, en Europe et aux Etats Unis, il faudrait à présent codifier ce traitement pour qu'il soit pris en compte dans la nomenclature des kinésithérapeutes périneologue par exemple en France. L'étude A portant sur les événements de vie démontre l'importante composante des facteurs stress et peur qui entre dans l'étiologie de ces affections de la sphère du féminin.

Le stress est certainement à la source de modifications de la flore vaginale ce qui ouvre des perspectives de recherches sur l'impact des probiotiques notamment dans le traitement des brûlures vulvaires. La vulve, véritable organe sexuel de la femme cache et protège l'orifice, lieu du plaisir, de la fécondité, de la féminité. L'incidence anxiogène est particulièrement effective. Le désir, la libido, sont dans notre groupe de patientes, essentiels à prendre en charge avec une psychothérapie adaptée.

Le rôle des techniques de relaxation corporelles pelviennes dans la Régulation du PH vulvaire³³, dans l'apaisement des processus inflammatoires ainsi que dans la régulation des messages afférents du système autonome est non négligeable.

L'adaptation de techniques spécifiques de kinésithérapie périnéale en relaxation, en stretching des muscles pelviens et biofeedback périnéal négatif avec des marques de satisfaction aussi importantes, tant pour la vulvodynie que pour le vaginisme montre la nécessité d'intégrer un périneologue au sein de protocoles multidisciplinaires relevant de la gynécologie psychosomatique. Avec plus de 70 % d'amélioration et 40 % de guérison dans nos deux groupes, la prise en charge conservatrice multidisciplinaire prend le pas sur la chirurgie, et vaut la peine d'être tentée en première intention.

Chronic pelvic pain in women-gastroenterological, gynaecological or psychological?
Int J ColorectDis (1997) 12:57-62

14

Collins SM

The immunomodulation of enteric neuromuscular function: implications for motility and inflammatory disorders .Gastroenterology 1996 Dec ;11(6):1683-99

15

Collins SM

Stress and the Gastrointestinal Tract IV .Modulation of intestinal inflammation by stress :basic mechanisms and clinical relevance .

Am J Physiol Gastrointest Liver physiol .2001 Mar ; 280(3) :G315-8

16

Tympanidis P, Terenghi G, Dowd P .

Increased innervation of the vulval vestibule in patients with vulvodynia .

Br J Dermatol 2003 May ;148(5):1021-7

17

Etude OMS Simon & col

18

Etude ELIXIR .M Bonnerbiale , Lançon , Tignol 2004

19

Lloyd C (1980)

Life events and depressive disorders reviewed .Arch Gen Psychiat , 37

20

Schmidt S and all

Vulvar pain .Psychological profiles and treatment responses ; Jreprod Med 2001 Apr ;46(4) :377-84

21

Bodden-Heidrich

Psychosomatic aspects of vulvodynia, comparison with Chronic pelvic pain syndrome.

J Psychosom Obst Gyneacol 99 sept ;20(3) :145-51

22

Brown G W , Harris TO, Hepworth C

Life events and endogenous depression: a puzzle reexamined . 94Arch Gen psychiatry 51:525-534

23

Reed BD

J Reprod Med 2000 Aug ;45(8):624-32

(a) Aikens JE , Reed BD, Gorenflo DW Haefner HK .

Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia . Am J Obst Gyn 2003 Aug ; 189(2) :462-6

(b) Reed BD, Gorenflo DW Haefner HK

Generalized vulvar dysesthesia vs. Vulvodynia . Are they distinct diagnoses ?

J Reprod Med .2003 Nov ; 48 (11) : 858 – 64

(c) Reed BD, Advincula AP , Fonde KR, Gorenflo DW Haefner HK

Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia .

Obs Gyn 2003 Aug ; 102 (2) : 325-31

(d) Reed BD, Haefner HK ,Cantor L.

Vulvar dysesthesia (vulvodynia) a follow-up study .

J Reprod Med 2003 Jun ; 48(6) : 409-16

24

Sadownick LA

Clinical profile of vulvodynia patients . a prospective study on 300 patients .
J reprod Med 2000 Aug ; 45(8) :679-84.

25

Reissing ED,BinickYM,Khalife S,Cohen D,Amsel R

Etiological correlates of vaginismus : sexual and physical abuse , sexual knowledge, sexual self-schema , and relationship adjustment

J sex Marit Ther .2003 Janv-fev ;29(1) :47-59

26

Newman ,DK (2000) “Pelvic Disorders in Women : Chronic Pelvic Pain and Vulvodynia “ . Wound management : Dec 46(12):48-54.

27

Consoli SG

Psychosomatic approach of vulvodynia.

Gyn Obst Fertil 2003 Nov ;31511° :948-53

28

RosenbaumTY

Physiotherapy treatment of sexual pain disorders ;

J Sex Marit Ther .2005 Jul-Sep ;31 (4) :329-40

29

McKay E,Kaufman RH,Doctor U,Berkova Z,Glazer H,Redko V

Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature .

J Reprod Med 2001 Apr;46(4) :337-42 .

30

Glazer HI

Dysesthetic vulvodynia ;Long term follow up after treatment with surface electromyography –assisted pelvic floor muscle rehabilitation .

J Reprod Med 2000 Oct ;45(10) :798-802 .

31

Anderson R,Wise D

Stanford protocole . Communication AUA juillet 05

.

32

Wise D Anderson R

A headache in the Pelvis

33

O.Graesslin,D.Fortier,C.Quereux

Hygiène intime féminine : pathologies induites par une hygiène inadaptée

Correspondances en Pelvi-Périneologie- N°2 Vol V Avril / mai/juin 2005 :37

Marquages	Événements de vie	Vulvodynie n=78		Contrôle n=78	
Victimologie	Abus sexuels	13%	10	10%	8
	Exhibitionnistes	19%	15	12%	9
	Secrets de famille	13%	10	6%	5
	Négligences familiales	12%	9	6%	5
	Violences familiales				
	Agressions Physiques	31%	24	19%	15
	Morts violentes de proches	14%	11	17%	13
	Deuils dans la famille	51%	40	55%	43

Tableau -1

Marquages	Évènements de vie	Vulvodynie n=78		Contrôle n=78	
Anxiété- Insécurité Honte –peurs	Affections et maladies au sein de la famille : Cancer, toxicomanie, anorexie	21%	16	15%	12
	Problèmes à L'accouchement ou vécu d'IVG douloureux, épisiotomie difficile	22%	17	37%	29
	Perte de confiance dans le corps médical	18%	14	13%	10
	Licenciement, difficultés au travail	19%	15	9%	7

Tableau-2

Marquages	Évènements de vie	Vulvodynie n=78		Contrôle n=78	
Image de soi -estime de soi	Parents divorcés	26%	20	9%	7
	Garde donnée au père	8%	6	3%	2
Relation conjugales	Nouvelle rencontre	19%	15	3%	2
	Mariage proche	5%	4	2%	1
	Relation actuelle nocive	13%	10	0%	0
	Précédente relation nocive	26%	20	9%	7

Tableau -3

Marquages	Évènements de vie	Vulvodynie n=78		Contrôle n=78	
Atteintes physiques	Accident de voiture	27%	21	33%	26
	Pratique enfant de gym acrobatique et danse	47%	37	51%	40
Plaintes pelviennes	Chocs violents sur le coccyx et bassin	55%	43	35%	27

Tableau – 4

Marquages	Évènements de vie	Vulvodynie n=78		Contrôle n=78	
Libido	Perte du désir et douleurs lors des rapports	94%	73	29%	23

Marquages	Événements de vie	Vaginisme n=15		Contrôle n=78	
Victimologie	Abus sexuels	20 %	3	10 %	8
	Exhibitionnistes	20%	3	12%	9
	Secrets de famille	0 %		6 %	5
	Négligences familiales				
	Violences familiales	20 %	3	6 %	5
	Agressions Physiques	7%	1	19%	15
	Morts violentes de proches	20%	3	17%	13
	Deuils dans la famille	60 %	9	55%	43

Tableau –1

Marquages	Événements de vie	Vaginisme n=15	Contrôle n=78
Anxiété- Insécurité Honte –peurs	Affections et maladies au sein de la famille, cancer , toxicomanie, anorexie	27% 4	15 % 12
	Problèmes à l'accouchement ou vécu IVG , épisiotomie , difficile	7% 1	37 % 29
	Perte de confiance dans le corps médical	0 % 0	13 % 10
	Licenciement, difficultés au travail	7% 1	9 % 7

Tableau-2

Marquages	Événements de vie	Vaginisme n=15		Contrôle n=78	
Image de soi -estime de soi	Parents divorcés	33 %	5	9 %	7
	Garde donnée au père	7 %	1	3 %	2
Relation conjugales	Nouvelle rencontre	7 %	1	3 %	2
	Mariage proche	5%	4	2%	1
	Relation actuelle nocive	0 %	0	0 %	0
	Précédente relation nocive	7 %	1	9%	7

Tableau -3

Marquages	Événements de vie	Vaginisme n=15	Contrôle n=78
Atteintes physiques	Accident de voiture	40 % 21	33 % 26
	Pratique enfant de gym acrobatique et danse	53% 8	51 % 40
Plaintes pelviennes	Chocs violents sur le coccyx et bassin	33 % 5	35 % 27

Tableau – 4

Marquages	Événements de vie	Vaginisme n=15	Contrôle n=78
Libido	Perte du désir et douleurs lors des rapports	60 % 9	29 % 23