



Thérapeutique

Traitement de la vestibulite vulvaire par vestibulectomie postérieure

A propos de 12 cas

S. Berville *, M. Moyal-Barracco *, B.-J. Paniel **

* Service de Dermatologie, Hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, F 92104 Boulogne.

** Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Intercommunal de Créteil, 40, avenue de Verdun, F 94010 Créteil Cedex.

RÉSUMÉ

La vestibulite vulvaire est responsable d'une dyspareunie parfois sévère. Après échec des traitements médicaux, un traitement chirurgical peut être proposé. Nous évaluons les résultats et les complications de ce traitement. Douze patientes atteintes d'une vestibulite vulvaire ont été opérées à l'hôpital intercommunal de Créteil en 1993 et 1994, en cas de dyspareunie sévère et évoluant depuis plus de 6 mois. L'intervention pratiquée était une vestibulectomie postérieure dont l'étendue était définie par les lésions visibles, suivie d'un avancement vaginal. Lors de la visite postopératoire trois semaines après l'intervention, trois désunions partielles ont été observées. Le délai de suivi était de 8 mois en moyenne. Un interrogatoire des patientes en janvier 1995, portant sur l'évolution de leur dyspareunie après l'intervention, a montré les résultats suivants: dans six cas, les rapports sexuels sont devenus indolores. Dans quatre cas la dyspareunie a diminué. Dans un cas, la dyspareunie est restée identique et, dans un cas, elle a été remplacée par des brûlures vulvaires étendues. Nos résultats modèrent l'enthousiasme initial pour le traitement chirurgical. Une collaboration entre gynécologues et psychologues pour préciser les indications chirurgicales ainsi que le traitement préalable d'un vaginisme permettraient d'améliorer ces résultats.

Mots-clés : *Vestibulite vulvaire • Traitement • Chirurgie.*

SUMMARY : Treatment of vulvar vestibulitis with posterior excision. A serie of 12 cases.

Many patients with dyspareunia suffer from vulvar vestibulitis syndrome. When all conservative treatments have failed, surgery is attempted. We appreciated results and complications of this treatment. During 1993 and 1994, at the gynecological department of the intercommunal hospital of Creteil (France), twelve women suffering from this condition for longer than six months had undergone a posterior crescent-shaped vestibular excision followed by vaginal advancement. Three weeks after surgery, three partial dehiscences have been observed, which secondary healed. The average duration of follow-up was 8 months. The interview of the patients in January 1995 revealed: six patients obtained painless sexual intercourse, four patients improved significantly, one had no improvement and one complained of severe vulvar burning instead of dyspareunia. Our results are weighing against the initial enthusiasm to surgical treatment. Collaboration between gynecologists and psychologists to specify the indications and previous treatment of an associated vaginismus should be helpful for the treatment of these patients.

Key words : *Vulvar vestibulitis • Treatment • Surgery.*

La vestibulite vulvaire a été individualisée par Friedrich en 1987 [1]. Elle est responsable d'une dyspareunie orificielle chronique et de douleurs vestibulaires au contact (mise en place de tampons périodiques, port de vêtements serrés). L'examen clinique révèle un érythème vestibulaire postérieur siégeant préférentiellement au pourtour des zones d'émergence des canaux excréteurs des glandes de Bartholin (en moyenne, à 5 et à 7 h dans le sillon nympho-hyménéal) (*fig. 1*). Ces zones érythémateuses sont sensibles au contact d'un écouvillon.

L'étiologie de la vestibulite est inconnue : ses facteurs de risque sont les mêmes que ceux des maladies sexuellement transmissibles [2], mais la responsabilité des agents infectieux évoqués (virus HPV, *Candida albicans*) n'a jamais été prouvée [3-12]. Son traitement est donc empirique. Les traitements médicaux sont décevants : ni les topiques locaux (dermocorticoïdes, androgènes, œstrogènes, antibiotiques) [13, 14], ni les antibiotiques par voie générale [14, 15], ni l'interféron [16] n'ont fait preuve de leur efficacité. La vaporisation vestibule-

Tirés à part : S. Berville, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 14 mars 1996. Avis du Comité de lecture le 30 avril 1996. Définitivement accepté le 11 juin 1996.

© MASSON, Paris, 1997.



Figure 1 Vestibulite vulvaire : érythème prédominant à 5h et 7 h, dans le sillon nympho-hyménéal.
Vulvar vestibulitis : predominant erythema at 5 and 7 hours, located in the nympho-hymeneal groove.

Figure 2 Vestibulectomie postérieure : exérèse d'un croissant vestibulaire.
Posterior crescent-shaped vestibular excision.

Figure 3 Dissection de la muqueuse vaginale postérieure.
Dissection of the posterior mucosa.

Figure 4 Suture de la muqueuse vaginale postérieure à la muqueuse vestibulaire restante.
Suture of the posterior mucosa to the remaining mucosa of the vestibule.

1			
2	3	4	



laire au laser CO₂ a rapidement été abandonnée en raison de résultats médiocres et de suites particulièrement longues et douloureuses [17-19]. Le traitement chirurgical suggéré par Woodruff donne des résultats inégaux selon les publications (55 % à 100 % de guérison ou d'amélioration nette) [1, 3, 14, 15, 17, 18]. Le but de notre étude a été d'évaluer l'intérêt de la vestibulectomie postérieure chez 12 patientes atteintes de vestibulite vulvaire.

■ PATIENTES ET MÉTHODES

L'étude était rétrospective et concernait 12 patientes opérées en 1993 et 1994 à l'hôpital

intercommunal de Créteil pour une vestibulite vulvaire.

La vestibulectomie était indiquée en cas de dyspareunie sévère attribuée à une vestibulite, après échec d'un traitement médical de plus de 6 mois. Elle était pratiquée selon la technique décrite par Woodruff [14] et consistait en une excrèse limitée des lésions du vestibule postérieur associée à un abaissement vaginal. Sous anesthésie générale, on pratiquait l'excision en croissant de la muqueuse vestibulaire postérieure comprenant les zones érythémateuses centrées par les orifices des canaux des glandes de Bartholin. L'incision supérieure, allant de 2 h à 10 h, intéressait la paroi vaginale posté-

rière, juste au-dessus de l'hymen (*fig. 2 et 3*). L'incision inférieure traversait la muqueuse vestibulaire ou longeait la jonction cutanéomuqueuse, selon l'étendue des zones érythémateuses. Le croissant vestibulaire ainsi délimité emportait les zones érythémateuses sensibles et les orifices des canaux excréteurs des glandes de Bartholin eux-mêmes. Il était systématiquement confié à l'anatomopathologie pour analyse histologique. Pour couvrir cette zone, la muqueuse vaginale postérieure était ensuite disséquée, abaissée et suturée sans tension (*fig. 4*) à la muqueuse vestibulaire restante ou à la peau périnéale à hauteur de la fourchette par des points séparés de Vicryl 4/0, en s'aidant d'un drainage filiforme en cas de suintement hémorragique. Puis un tampon hémostatique était mis en place pour une durée de 24 heures, sous couvert d'une sonde vésicale à demeure.

La vestibulectomie était associée à des incisions radiales en cas d'hymen non rompu. L'exérèse de la glande de Bartholin et de son canal n'était pratiquée qu'en cas de kyste préexistant. Dans les autres cas, la glande de Bartholin était laissée en place.

L'hospitalisation durait 24 heures, l'arrêt de travail et les soins locaux 15 jours. La visite postopératoire, 3 semaines plus tard, permettait d'apprécier le résultat anatomique et l'ablation des fils restants. La reprise des rapports sexuels était autorisée lors de la cicatrisation complète, 4 à 6 semaines après l'intervention.

Les résultats étaient appréciés au cours de la consultation postopératoire 3 semaines après l'intervention et par un entretien téléphonique interrogeant les patientes sur leurs symptômes en janvier 1995 : le critère de guérison était la possibilité de rapports sexuels indolores. Sinon, les patientes devaient choisir le qualificatif caractérisant le mieux l'évolution de leur dyspareunie : éprouvaient-elles une amélioration nette, une amélioration partielle, un « statu quo » ou une aggravation.

■ RÉSULTATS

Sur notre série de 12 patientes, l'âge moyen était de 33 ans (18 à 58 ans) au moment de l'intervention. Cinq étaient nullipares, 7 avaient déjà accouché.

Dans 4 cas, la dyspareunie était primitive. Dans 8 cas, elle était acquise : après un accouchement (3 cas) ou une myorrhaphie des releveurs (1 cas) ou sans facteur déclenchant évident (4 cas). Dans 11

cas, la dyspareunie était uniquement orificielle. Dans un cas, elle était également profonde. Deux patientes présentaient un vaginisme lors de l'examen clinique initial.

Une vestibulectomie postérieure a été pratiquée dans tous les cas. Dans un cas, elle a été associée à des incisions radiales sur un hymen hyperélastique non rompu. Dans deux cas, l'exérèse unilatérale d'un kyste du canal et de la glande de Bartholin a été pratiquée en même temps que la vestibulectomie, en raison d'un kyste préexistant.

Résultats histologiques

L'examen histologique de la pièce de vestibulectomie a montré dans tous les cas des lésions d'inflammation chronique non spécifique. Des koïlocytes étaient présents dans un cas sur 12.

Complications chirurgicales

Aucune lésion rectale, aucun accident hémorragique ou infectieux n'a eu lieu, aucune reprise chirurgicale n'a été nécessaire.

Dans 3 cas, une désunion partielle a été l'objet d'une cicatrisation seconde.

Nous n'avons pas observé de kyste du canal de la glande de Bartholin secondaire à l'intervention.

Résultats anatomique et fonctionnel

Le délai de suivi était de 8 mois en moyenne (3 à 14 mois).

Des douleurs périnéales persistaient de façon habituelle 3 à 4 semaines.

Le résultat anatomique a toujours été bon, la cicatrisation étant obtenue en 3 à 4 semaines, 8 semaines en cas de désunion initiale.

Six patientes sur 12 (50 %) ont été guéries.

Quatre ont été nettement (1) ou partiellement (3) améliorées.

Une patiente a conservé la même dyspareunie qu'avant l'intervention. Une patiente a décrit une aggravation de la dyspareunie et l'apparition de brûlures vulvaires étendues et permanentes. Ces deux patientes étaient jeunes (18 et 21 ans), nullipares et présentaient une dyspareunie orificielle primitive. A l'examen, la cicatrisation était normale. Dans les deux cas, devant la sévérité du retentissement psychique des douleurs, le recours à une psychothérapie a été jugé nécessaire.

■ DISCUSSION

Comme dans la littérature concernant la vestibulite vulvaire, nos patientes étaient des femmes jeunes, souvent nullipares [15, 20]. Nos résultats modèrent l'enthousiasme initial et se rapprochent de ceux de Friedrich (*tableau I*) avec un taux de guérison de 50 %.

Cependant, l'interprétation des résultats est difficile en raison du faible effectif de notre série, dans un délai de suivi un peu court (l'amélioration après vestibulectomie serait progressive et un recul d'un an nécessaire pour affirmer un échec [21]) et de la subjectivité des critères de guérison : dans notre étude, les résultats fonctionnels étaient jugés par les patientes (possibilité de rapports sexuels indolores) et non par le chirurgien (cicatrisation correcte).

Notre technique de vestibulectomie était celle décrite par Woodruff pour les vestibulites réfractaires au traitement médical [14]. En raison de la localisation des lésions, nous avons volontairement pratiqué une vestibulectomie postérieure, limitée aux zones érythémateuses visibles. Dans leur série, avec une technique similaire, Woodruff et Parmley [14] attribuent leurs échecs à des douleurs périurétrales persistantes dues à une exérèse trop limitée du vestibule antérieur parfois touché par la vestibulite [15]. Dans la nôtre, nous n'avons pas observé de douleurs résiduelles du vestibule antérieur après vestibulectomie postérieure isolée.

Le sacrifice de l'orifice excréteur du canal de la glande de Bartholin lors de l'intervention ne doit pas être redouté. En effet, dans l'espèce humaine, la glande de Bartholin assume une responsabilité minime et tardive dans la lubrification du vestibule,

lors de la deuxième phase du rapport sexuel (phase en plateau selon Masters et Johnson) : elle n'a pas d'utilité prouvée dans la qualité des rapports sexuels. D'ailleurs, l'observation clinique montre que l'occlusion du canal (en cas de kyste) ne suscite pas de dyspareunie. C'est pourquoi nous considérons désormais que l'exérèse des orifices des canaux excréteurs des glandes de Bartholin, quand la technique chirurgicale l'exige, n'est pas préjudiciable. Malgré l'occlusion du canal après l'intervention, les kystes sont paradoxalement rares : 1/25 dans la série de Friedrich [1], 1/16 dans celle de Michlewitz [18] et se résument le plus souvent à des kystes sous-muqueux asymptomatiques, de quelques millimètres de diamètre.

Après vestibulectomie postérieure, la survenue d'un hématome, d'une désunion complète, d'un défaut de cicatrisation amenant à une reprise chirurgicale est exceptionnelle [4]. Mais la fréquence des désunions localisées (3/12 dans notre série), des difficultés de cicatrisation et la longueur des suites opératoires ont conduit certains chirurgiens, pourtant convaincus de l'utilité de cette intervention, à la délaissier [22]. D'après Friedrich, les difficultés augmentent en cas de vestibulectomie antérieure associée puisque la fermeture est assurée par cicatrisation dirigée, et les résultats à distance sont identiques [1].

La chirurgie de la vestibulite est fonctionnelle et a obligation de résultats. Les fréquents retards de cicatrisation ou les échecs sont difficiles pour les patientes car ils compromettent leur sexualité et retentissent sévèrement sur leur psychisme. Ils sont source de consultations répétées, de revendications parfois agressives envers le chirurgien dont la disponibilité et la conviction doivent être grandes. La

Tableau I Vestibulite vulvaire. Résultats du traitement chirurgical selon les auteurs.
Vulvar vestibulitis syndrome. Surgical results.

Auteur	Nombre de cas	Guérison	Amélioration nette ou partielle	Statu quo ou aggravation
Woodruff 1983 [14]	14	85 % 12	15 % 2	—
Woodruff 1985 [17]	44	82 %	14 %	4 %
Peckham 1986 [15]	9	80 % 7	10 % 1	10 % 1
Friedrich 1987 [1]	25	56 %	32 %	12 %
Michlewitz 1989 [18]	16	100 %	—	—
Marinoff 1991 [4]	73	82 %	15 %	3 %
Mann 1992 [3]	56	66 %	21 %	11 %
Berville 1995	12	50 % 6	33 % 4	17 % 2

prise en charge multidisciplinaire de ces patientes permettrait, en améliorant les indications opératoires, d'éviter les échecs et de dédramatiser les suites opératoires. Schover et Abramov [20, 21] ont étudié les facteurs psychosexuels de mauvais pronostic : l'intervention devrait être évitée chez les patientes jeunes, nullipares, ou en cas de douleurs diffuses ou de dyspareunie profonde associée à la vestibulite. Dans les autres cas, une prise en charge psychologique et le traitement d'un vaginisme associé seraient indispensables pour obtenir la guérison [21]. C'est pourquoi certains chirurgiens conseillent désormais une collaboration avec des psychologues et ne confirment l'indication opératoire qu'en cas de douleurs persistantes après thérapie psycho-sexologique [22].

■ CONCLUSION

Le traitement de la vestibulite vulvaire est difficile, l'impératif principal étant de ne pas nuire. Le traitement chirurgical peut être proposé en cas de dyspareunie sévère et invalidante évoluant depuis plus de 6 mois avec un taux de succès d'environ 50 %. La collaboration du chirurgien avec une équipe multidisciplinaire permettrait, par le biais de meilleures indications opératoires, d'améliorer ces résultats.

■ RÉFÉRENCES

- Friedrich GF Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987;32:110-4.
- Bazin S, Bouchard C, Brisson J, Morin C, Meisels A, Fortier M. Vulvar vestibulitis syndrome : an exploratory case-control study. *Obstet Gynecol* 1994;83:47-50.
- Mann MS, Kaufman RH, Brown D Jr, Adam E. Vulvar vestibulitis: significant clinical variables and treatment outcome. *Obstet Gynecol* 1992;79:122-5.
- Marinoff SC, Turner MLC. Hypersensitivity to vaginal candidiasis or treatment vehicles in the pathogenesis of minor vestibular gland syndrome. *J Reprod Med* 1987;31:796-9.
- Ashman RB, Keith Ott PDA. Autoimmunity as a factor in recurrent vaginal candidosis and the minor vestibular gland syndrome. *J Reprod Med* 1989;34:264-6.
- Umpierre SA, Kaufman RH, Adam E, Woods KV, Adler-Storh K. Human papillomavirus DNA in tissue biopsy specimens of vulvar vestibulitis patients treated with interferon. *Obstet Gynecol* 1991;78:693-5.
- Pyka RE, Wilkinson EJ, Friedrich EG Jr, Croker BP. The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1988;7:249-57.
- Wilkinson EJ, Guerrero E, Daniel R, Shah K, Stone K, Hardt NS *et al.* Vulvar vestibulitis is rarely associated with human papillomavirus infection type 6,11,16, or 18. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:344-9.
- Bergeron C, Moyal-Barracco M, Pelisse M, Lewin P. Vulvar vestibulitis : lack of evidence for a human papillomavirus etiology. *J Reprod Med* 1994;39:936-8.
- Prayson RA, Stoler MH, Hart WR. Vulvar vestibulitis. A histopathologic study of 36 cases, including human papillomavirus in situ hybridization analysis. *Am J Surg Pathol* 1995;19:154-60.
- Fitzpatrick CC, DeLancey JOL, Elkins TE, McGuire EJ. Vulvar vestibulitis and interstitial cystitis: a disorder of urogenital sinus-derived epithelium ? *Obstet Gynecol* 1993;81:860-2.
- Bornstein J, Ben-David Y, Hornstein L, Abramovici H. Vulvar vestibulitis: a familial occurrence ? *Cervix* 1992;10:167-9.
- Pelisse M, Hewitt J. Erythematous vulvitis en plaques. In : Proc of the third congress of the International Society for the Study of Vulvar Disease, Cocoyoc, Mexico. Milwaukee, International Society for the Study of Vulvar Disease, 1976.
- Woodruff JD, Parmley TH. Infection of the minor vestibular gland. *Obstet Gynecol* 1983;62:609.
- Peckham BM, Maki DG, Patterson JJ, Hafez GR. Focal vulvitis : a characteristic syndrome and cause of dyspareunia. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:855-64.
- Bornstein J, Pascal B, Abramovici H. Intramuscular β interferon treatment for severe vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 1993;38:117-20.
- Woodruff JD, Friedrich EG Jr. The vestibule. *Clin Obstet Gynecol* 1985;28:134-41.
- Michlewitz H, Kennison RD, Turksoy NR, Fertitta LC. Vulvar vestibulitis, subgroup with Bartholin gland duct inflammation. *Obstet Gynecol* 1989;73:410-3.
- Friedrich EG Jr. Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 1988;33:514-8.
- Schover LR, Youngs DD, Cannata R. Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:630-6.
- Abramov L, Wolman I, David MP. Vaginismus : an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1994;38:194-7.
- Chevret-Masson M. Les dyspareunies d'intromission, Les vestibulites. *Conduite à tenir. Jobgyn* 1995;3:61-6.