

La Réunion 30 nov 2017

Douleurs vulvaires : du post partum à la vulvodynie



Francis Collier

Hôpital Jeanne de Flandre CHRU Lille

francis.collier@chru-lille.fr



La vulve



- Un organe méconnu des patientes et des soignants
- Récemment passé de l'obscurité à la lumière
- Source de plaisir (*quand tout va bien !*) mais aussi de « souillures » justifiant souvent des mesures d'hygiène particulières
- Qui se manifeste volontiers aussi dans le registre « douleur » : *règles, rapports, accouchement... et post partum*
 - oedème
 - épisiotomie, déchirure
 - infection
 - perte des repères
 - reprise des rapports
- Douleurs aiguës ou chroniques...



La vulvodynie : une pathologie...



- Dont la fréquence est certainement sous estimée
- Dont l'étiologie reste incertaine
- Dont le nom même, la définition et la classification ont bcp varié
- Qui regroupe des situations très différentes, difficiles à synthétiser
- Qui suscite peu de recherches
- Qui concerne un organe méconnu, parfois même difficile à nommer...
- Dont le traitement n'est pas validé et ne pourra jamais être simple

Les douleurs vulvaires chroniques



- 1889 : description initiale par Skene
- 1976 : entité unique : le « syndrome de brûlure vulvaire »
- 1985 : arrivée de la « vulvodynie » avec 2 entités distinctes : la « dysesthésie vulvaire » et la « vestibulite »
- 1999 : pas de confirmation d'une pathogénie inflammatoire → la « vestibulite » devient la « vestibulodynie »
- 2003 : retour en grâce de la « vulvodynie »

Vulvodynie : définition 2003

International Society for the Study of Vulvovaginal Disease : ISSVD

Moyal-Barracco J Reprod Med 2004 Haefner J Low Gen Tract Dis 2007

- Inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure,*
- sans lésion visible pertinente ni maladie neuro cliniquement identifiable*
 - généralisée ou localisée (clitoris, vestibule...), spontanée ou provoquée*

spontanée et
généralisée GVD

provoquée par un stimulus PVD

- sexuel = dysp superficielle ?*
- non sexuel*

mixte

Des entités cliniques toujours différentes les unes des autres ?

- les GVD seraient elles des PVD qui ont vieilli ? l'existence préalable d'une PVD semble ➔ le risque d'avoir une GVD *Reed (USA) J Womens Health 2012*
- la littérature peine à distinguer les PVD (fréquentes) des GVD (+ rares)

« les » vulvodynies

Proposition canadienne pour identifier des caractéristiques diagnostiques différentes et imaginer des approches thérapeutiques différentes

Dargie J Sex Marit Ther 2015

- vulvodynies provoquées primaires PVD1
- vulvodynies provoquées secondaires PVD2
- vulvodynies généralisées non provoquées GVD
- vulvodynies combinées COMV
- vulvodynies avec cystite interstitielle ICV

« les » vulvodynies

- A tout âge...
 - PVD + fréquentes chez les femmes + jeunes
 - GVD + fréquentes chez les femmes + âgées
- Reed (USA) Am J Obstet Gynecol 2012*
- 30 à 70 milliards de dollars/an aux USA :
 - prise en charge médicale (multiplicité des praticiens consultés)
 - incidence socio économique
- Sadownik (Can) Int J Womens Health 2014*
- « Dialogue de muets »
 - pathologie méconnue du corps médical
 - beaucoup de femmes ne consultent pas et souffrent en silence, malgré un gros impact sur la santé psychosexuelle et la qualité de vie



Les GVD

- inconfort vulvaire : le + svt brûlure, parfois tiraillement, pincement...
- toute la vulve, mais peut concerner aussi : vagin, vessie, urètre, anus
- chronique mais pfs rémissions de qq semaines...
 - rémissions : 50% ds un délai de 6 à 30 mois *Reed (USA) J Womens Health 2016*
 - souvent problème très ancien !
- permanente, s'aggrave au cours de la journée, disparaît la nuit +++
- soulagée par le décubitus et parfois une recette magique
- spontanée... mais souvent aggravée encore par les contacts :
 - *tampons, vêtements serrés, station assise...*
 - *rapports... qui n'existent plus*

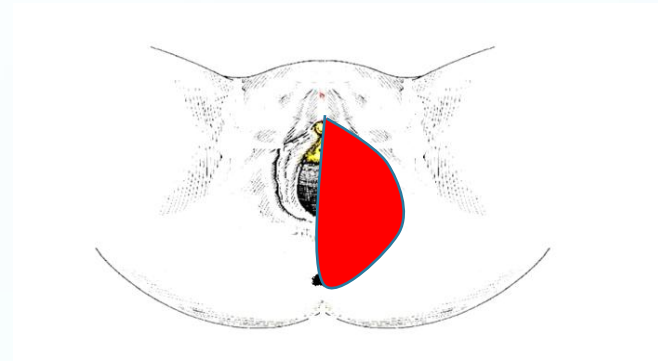
Les GVD

- pas de lésion visible **pertinente**
 - qualité de l'examen +++
 - mais il peut exister des lésions surajoutées, infectieuses ou cicatricielles, lichénification...
 - ou des anomalies banales (simple atrophie post ménopausique, lichen scléreux quiescent...) qui ne concordent pas, ne peuvent pas expliquer à elles seules l'importance des symptômes
- examens complémentaires (prélèvements, biopsie...)
 - le plus souvent déjà réalisés en quantité...
 - inutiles
 - à l'origine de fausses pistes (recherches infectieuses)

Les GVD

- pas de maladie neuro cliniquement identifiable :
→ $\Delta \neq$ névralgie du nerf pudendal

- douleur souvent unilatérale
- dans le territoire du nerf mais svt irradiations en dehors de la vulve
- ↗ en position assise (sauf wc) ↘ en positions debout et couchée
- bloc diagnostique positif (infiltration test du nerf pudendal)



Les GVD

- évidence d'une importante dimension psychologique
 - anxiété majeure
 - frustration née de l'absence de diagnostic, de la résistance du symptôme aux traitements, de la perplexité des médecins...
 - agacement vis à vis des « vous n'avez rien » et « faut voir un psy »
 - crainte de la maladie grave non diagnostiquée, d'une MST
 - pessimisme, désespoir devant la pérennisation de douleurs sans issue
 - sensation d'être sale et précautions +++ autour de l'hygiène
 - restrictions vestimentaires, vélo, cheval, piscine...
 - mise en retrait de la vie sociale
 - vie sexuelle anéantie, absence de désir
 - sexe devenu un étranger, un ennemi
 - honte, culpabilité
 - perte de féminité
 - tristesse, dépression

GVD : l'incertitude étiologique

- Cette dimension psychologique est-elle
 - cause ?
 - conséquence ?
 - cause et conséquence ?
- Maladie multifactorielle ???
- Symptôme de maladies différentes ???
- L'hypothèse psychosomatique est la plus logique
(n'engage que celui qui le dit !)

Lynch (USA) J Reprod Med 2008

3 clés pour comprendre... et expliquer +++

Ne fait pas une GVD qui veut !!!

1. Un terrain : une « personnalité » +++

- Peut être fragilisée par un passé ? *une + grande incidence des ATCD traumatisants (rupture, divorce parental, pb d'accouchement, abus sexuel...) n'est pas démontrée formellement*

Harlow (USA) Am J Epidemiol 2005 Plante (GB) BJOG 2008

Khandker (USA) J Womens Health 2014 Cohen-Sacher (USA) J Low Genit Tract Dis 2015

- Tjrs des angoissées, « tracassées pour pas grand chose depuis tjrs »

Tribo (Esp) Dermatology 2008

- RR = 6 si stress chronique de l'enfance *Khander (USA) J Womens Health 2014*

- Souvent note dépressive dominante : « j'ai mal ou je vais mal ? »
 - la douleur, symptôme qui entraîne le + de commisération sociale et d'attention médicale, peut être la seule manière de faire entendre le mal être... et de tirer des bénéfices secondaires
 - ATCD de dépression = facteur de risque de GVD, mais la GVD augmente le risque d'aggravation ou de rechute de la dépression

*Masheb (USA) J Obstet Gynaecol 2005 Khandker (USA) J Womens Health 2011
Iglesias-Rios (USA) J womens Health 2015*

- Parfois registre obsessionnel dominant : dossier bien rangé, incompréhension de l'inefficacité de la ritualisation de l'hygiène, rumination statique...
- Parfois registre hystérique au premier plan : la douleur est le résultat d'un compromis entre un certain désir d'une part, et l'impossibilité d'accepter que l'homme exprime par là sa virilité

Ne fait pas une GVD qui veut !!!



2. Une allumette qui déclenche l'incendie

- facteur psychologique ?
 - relation chronologique pfs facile avec un événement traumatisant (deuil, divorce, REC, pb prof...) : forme de SPT ???
 - attention aux relations de cause à effet trop simples !!!
 - parfois aucun événement identifiable
- événement local ?
 - pathologie organique ponctuelle, urinaire ou gynéco, infectieuse ou chirurgicale, dont la répercussion psychologique semble disproportionnée
 - accouchement
 - apparition d'une sécheresse post ménopausique ou liée aux anti E

Goetsch (USA) J Low Genit Tract Dis 2012

Ne fait pas une GVD qui veut !!!

3. Une problématique sexologique sous jacente

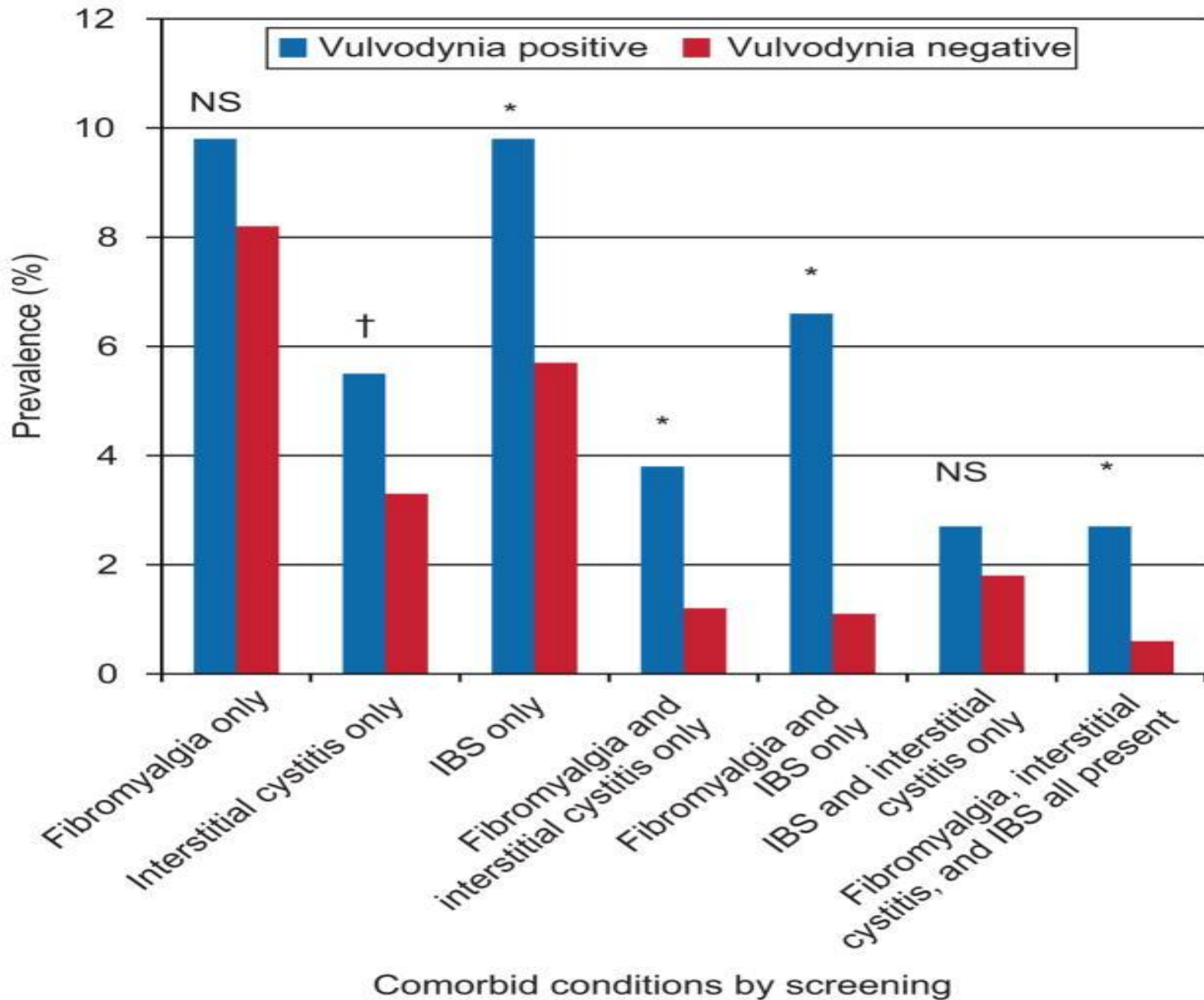
- douleur qui ne s'exprime pas n'importe où : c'est le sexe qui fait mal, va mal ? que la patiente en soit consciente ou pas
- davantage de problèmes préalables de libido que chez les témoins
Plante et al (GB) BJOG, 2008, 115, 509-144
- problématique psychosexuelle perso ? éducation, culpabilisation du plaisir, impossibilité du laisser aller...
- problématique conjugale ?
 - « j'ai mal, je ne peux pas » est + facile à dire que « je ne veux pas » et peut permettre de faire l'économie d'un conflit ouvert
 - personnalité masculine : *les gentils, affectueux, trop patients vs les bougons, taciturnes, non communicants*
- contexte différent de celui d'un vaginisme ou d'une dyspareunie ?

Des associations fréquentes qui vont dans le sens du psychosomatique ?

- Autres affections « mystérieuses » :
 - cystite interstitielle, fibromyalgie, colopathie spasmodique, fatigue chronique, glossodynie, intolérances médicamenteuses multiples, au bruit, à la lumière, migraines...

Gordon (Can) J Sex Marit Ther 2003 Peters (USA) Urology 2008
Arnold (USA) Am J Obstet Gynecol 2007
 - l'existence de fibromyalgie/colopathie spasmodique est corrélée à la sévérité et au mauvais pronostic de la GVD

Heddini (Suède) J Sex Med 2012 Nguyen (USA) J Pain Res 2013
- Autres douleurs chroniques *Masheb (USA) Pain 2009*
- ATCD de troubles du sommeil ou de troubles psychologiques *Reed (USA) Obstet Gynecol 2014*



D'autres hypothèses étiologiques ont été évoquées...

La + « consensuelle » : présence simultanée d'anomalies de fonctionnement de 3 systèmes indépendants *Zolnoun (USA) Obstet Gynecol Surv 2006*

1. anomalie de la muqueuse vulvaire ???

- présence de médiateurs de l'inflammation ? *Foster (USA) Obstet Gynecol 1997*
Akopians (USA) Semin Reprod Med 2015
- hypersensibilité par prolifération des terminaisons nerveuses ou ↗ des récepteurs à la douleur ? *Westrom (Suède) Obstet Gynecol 1998*
Goetsch (USA) Am J Obstet Gynecol 2010 *Tympanidis (GB) Eur J Pain 2004*
- hypersensibilité à C. Albicans associée à une augmentation de la densité des nerfs périphériques ? *Ramirez de Knott (USA) Contact Derm 2005*

2. anomalie des muscles du plancher pelvien : hypertonie ou hyperréactivité aux stimuli émotionnels ???

Reissing (Can) J Psychosom Obstet Gynaecol 2005 *Weijmar Schultz (NL) J Sex Med 2005*

3. anomalie de la régulation de la douleur par le SNC : amplification de la perception centrale de la douleur
- déclenchée par un stimulus initial qui peut disparaître ensuite ?
 - un stimulus minime suffirait si le système est déjà activé, par ex par un stress chronique ancien ?
Basson (Can) J Sex Med 2012
 - mise en jeu du système limbique comme d'autres douleurs chroniques ?
Fenton (USA) Med Hypotheses 2007
 - GVD associée à une ↘ seuil à la douleur pour tout le corps ?
Giesecke (USA) Obstet Gynecol 2004 *Hampson (USA) J Pain 2013*
 - toutes les douleurs entraîneraient davantage d'anxiété en cas de GVD ?
Pukall (Can) Clin J Pain 2006
 - origine de cette amplification ? perturbations des neurotransmetteurs ? de certaines hormones ? du système immunitaire ? du SNA ? fragilisation génétique ?
Foster (USA) J Reprod Med 2004
 - ou facteurs cognitifs et affectifs ?
Desrochers (Can) Clin J Pain 2009

Et ça se soigne ?

1. Respecter des règles fondamentales

- connaître la maladie, entendre et respecter la patiente
- bannir le « vous n'avez rien, c'est dans la tête, allez voir le psy ! » qui remet en cause la réalité de la douleur
- nommer la maladie et rappeler que, même si on n'en parle pas beaucoup et que rien n'est clair sur le web, elle est fréquente
- confirmer que ce n'est ni une MST, ni un cancer à venir, mais briser le tabou d'un symptôme qui touche au sexe
- **EXPLIQUER** pour rationaliser, établir la cohérence du système et permettre à la patiente de s'identifier au discours

- établir un climat d'empathie, de confiance, consacrer du temps, faire et laisser parler
- rassurer sur le fait que la majorité des patientes finissent par en guérir
- mais parler de moyen ou du long terme, d'un suivi très régulier
- se positionner, pour toute la durée de la prise en charge, comme le pivot d'une approche multidisciplinaire

De Andres (Esp) Pain Pract 2015

Brotto (Can) J Sex Med 2015

- indiquer l'intérêt éventuel de la participation active du partenaire
- utiliser l'examen gynécologique « actif »

Et ça se soigne ?

2. Rester modeste

- aucune thérapeutique n'a réellement fait aujourd'hui la preuve de son efficacité
Andrews (USA) Obstet Gynecol Surv 2011
- évolution spontanée vers l'amélioration est de l'ordre de 40% à 2 ans
Davis (can) J Sex Med 013
- effet placebo de l'ordre de 30% *Andrews (USA) Obstet Gynecol Surv 2011*
- on ne guérira jamais une GVD avec une simple pilule ou un bistouri

Et ça se soigne ?

3. Rationnaliser les traitements locaux

- arrêter Tts et mesures d'hygiène inappropriés souvent en cours
- topiques émoullients (cicalfate®) pour leur effet apaisant mais parfois très mal tolérés !



- bains de siège ???
- anesthésiques locaux (gel de xylocaïne) : très peu efficaces et risque de dermatite de contact
Zolnoun (USA) Obstet Gynecol 2003
- estrogénothérapie locale pour traiter l'éventuelle atrophie post ménopausique
Goetsch (USA) J Low Genit Tract Dis 2012

Et ça se soigne ?



4. Ne pas croire aux pilules magiques

- antalgiques : inefficaces
- antidépresseurs et anticonvulsivants
 - revues de littérature : aucune efficacité démontrée
 - Leo (USA) J Sex Med 2013* *Spoelstra (NL) J Psychosom Obstet Gynaecol 2013*
 - en prescription initiale ? pendant 3 à 6 mois ? en cas de douleurs importantes avec impact majeur sur la qualité de vie ?
 - *Laroxyl® (amitriptyline) 3 à 12 gouttes / j*
 - *Neurontin® (gabapentine) 50 à 300mg/j*
 - gabapentine en applications locales : efficacité non démontrée
 - Boardman (USA) Obstet Gynecol 2008*
- passiflora ? *Aman (Pakistan) BMC Complement Altern Med 2016*

Et ça se soigne ?

5. Craindre le développement d'approches plus agressives

- radiofréquence (ondes pulsées) ? *Kestranek (Czech) J Low Genit Tract Dis 2013*
- stimulation nerveuse électrique transcutanée ou par implantations d'électrodes ? *Murina (I) BJOG 2008* *De Andres (Esp) Obstet Gynecol 2013*
- blocs anesthésiques ? *Mc Donald (USA) J Sex Med 2012*
- toxine botulique dans les muscles bulbospongieux
 - efficace pour certains *Yoon (Corée) Int J Impot Res 2007*
 - mais surtout essayée dans les PVD *Pelletier (Besançon) Br J Dermatol 2011*
 - et pas plus efficace que le placebo ! *Petersen (Dan) J Sex Med 2009*
- vestibulectomie - vulvopérinéoplastie !!!
 - interventions presque uniquement en cas de PVD
 - pas de meilleur résultat qu'une approche psychosomatique *Bergeron (Can) Obstet Gynecol 2008*
 - complications +++ et gros risque de « fixation » psy

Et ça se soigne ?

6. Mettre en place les conditions d'une prise en charge psychosexuelle

- centrer le traitement sur la patiente, pas sur le symptôme
- faire en sorte qu'elle soit partie prenante, et non spectatrice, lui redonner du « pouvoir » alors qu'elle a le sentiment d'avoir perdu tout contrôle sur son corps
- obligatoirement, des éléments importants n'ont pas été abordés initialement, des explications n'ont pas été entendues ou n'allaient pas dans le sens de ce que la patiente attendait

Et ça se soigne ?

7. Adapter la prise en charge à chaque cas particulier

- En fonction
 - des facteurs psychosexuels personnels et conjugaux
 - des facteurs somatiques, réels ou simple épine irritative, sur lesquels se décharge l'angoisse
 - des facteurs événementiels qui déstabilisent ou ont déstabilisé
 - de la fonction de défense du symptôme qui permet parfois l'économie d'un conflit ouvert
 - des bénéfices secondaires
- Recourir peu ou prou, au fil du temps
 - au simple soutien psychologique
 - à une psychothérapie d'inspiration analytique
 - à une thérapie cognitivo comportementale
 - à une thérapie de couple...

Et ça se soigne ?

8. Intégrer un travail sur le corps, toujours nécessaire

Pilpeta (Brésil) Minerva Ginecol 2012

- kinésithérapie (« anti musculation »)
 - faciliter l'apprentissage de l'anatomie
 - agir sur les éventuelles contractions musculaires
 - kinés ou SF compétents +++

*McKay (USA) J Reprod Med 2001 Bergeron (Can) J Sex Marit Ther 2002
Danielsson (Suède) Acta Obstet Gynecol Scand 2006*

- « exercices sexuels » à pratiquer seule (puis parfois en couple), pour redevenir « amie » avec son sexe et réapprendre le bien être et le plaisir qu'il peut procurer *Ventegodt (DK) Scientific World J*
- thérapies adjuvantes (« calinothérapie ») : ostéopathie, sophrologie, hypnose, acupuncture... *Schlaeger (USA) J Sex Med*

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours...



La GVD ne doit plus être source d'abandon ou de rejet pour la patiente et source de sentiment d'échec ou d'impuissance pour le médecin

Le piège de la toute puissance est de penser que le soignant lutte contre un symptôme, et doit être le plus fort

C'est la patiente qui est en lutte contre sa douleur, et le soignant ne fait que l'aider, en essayant de garder la bonne distance thérapeutique...

L'idéal serait que davantage de gynécologues jouent le rôle pivot de la prise en charge de ces pathologies

- en éliminant les autres causes de douleur vulvaire
- en estimant le problème sous ses multiples facettes
- en amenant la patiente à devenir actrice de son traitement
- en s'entourant d'une équipe pluridisciplinaire complémentaire