

■ Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

Vulvodynies

RÉSUMÉ : La vulvodynie, brûlure vulvaire d'évolution chronique, concerne 8 % des femmes. Elle constitue l'un des motifs les plus fréquents de consultation en pathologie vulvaire et la principale étiologie des dyspareunies superficielles.

Spontanée ou plus souvent provoquée, intéressant volontiers le vestibule, son diagnostic repose à l'examen clinique sur l'absence de lésion vulvaire susceptible d'expliquer la douleur et de maladie neurologique cliniquement identifiable. Ses mécanismes physiopathologiques, complexes, feraient intervenir la coexistence d'un dysfonctionnement central et périphérique, responsable d'une perception douloureuse amplifiée, associé à un facteur déclenchant (infectieux, traumatique, psychosexuel). Sa prise en charge repose le plus souvent sur une association thérapeutique au premier plan de laquelle se situent la rééducation périnéale pour les vestibulodynies provoquées et les antalgiques de type antidépresseurs tricycliques pour les vulvodynies spontanées. L'efficacité de cette prise en charge repose en outre sur la qualité de la relation médecin/malade.



S. LY
Cabinet de Dermatologie, GRADIGNAN.

■ Une définition précise

La vulvodynie a été définie en 2003 par l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD) comme un inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion pertinente visible et sans maladie neurologique cliniquement identifiable [1]. Le consensus 2015 différencie de la vulvodynie les douleurs vulvaires liées à une étiologie spécifique (**tableau I**). Il précise par ailleurs la durée d'évolution de la vulvodynie, au moins 3 mois, ainsi que les "facteurs potentiels associés à la vulvodynie" qui pourraient permettre d'en guider la prise en charge (**tableau II**) [2].

Motif de consultation le plus fréquent dans les consultations spécialisées en pathologie vulvaire, la vulvodynie reste pourtant mal connue des professionnels de santé [4]. Cette méconnaissance, couplée à une certaine réticence à consulter de la part des patientes, est responsable non seulement d'un retard diagnostique – de près de 5 ans dans l'étude de Pelletier *et al.* [5] – mais aussi d'une errance thérapeutique conduisant parallèlement les patientes à consulter des sites avec forum de discussion ou à se mobiliser au sein d'associations telles que la *National Vulvodynia Association* aux États-Unis [6].

■ Fréquente et mal connue

La prévalence de la vulvodynie est forte, estimée à 8 % au sein d'une population de plus de 2 000 femmes, et elle affecte 25 % des femmes à un moment de leur vie [3]. Cette prévalence reste stable jusqu'à l'âge de 70 ans, pour décliner ensuite [3].

■ Une physiopathologie complexe

L'étiologie de la vulvodynie n'est pas connue. Cette affection fait partie des symptômes médicalement inexpliqués (SMI) au même titre que la fibromyalgie, la cystite interstitielle, le syndrome du côlon irritable... 50 % des patientes

Consensus 2015 sur la terminologie et la classification des douleurs vulvaires persistantes et de la vulvodynie

Douleur vulvaire liée à une cause spécifique

- **Infectieuse** (candidose récidivante, herpès)
- **Inflammatoire** (lichen scléreux, lichen plan, dermatose bulleuse)
- **Néoplasique** (maladie de Paget, carcinome épidermoïde)
- **Neurologique** (algie post-herpétique, compression ou traumatisme nerveux, neurome)
- **Traumatique** (mutilations génitales, traumatisme obstétrical)
- **Iatrogénique** (postopératoire, chimiothérapie, radiothérapie)
- **Hormonale** (syndrome génito-urinaire de la ménopause – atrophie postménopausique, aménorrhée de la lactation)

Vulvodynie (critères descriptifs)

- **Localisée** (vestibulodynie surtout, clitorodynie), **généralisée** (toute la vulve) **ou mixte**
- **Provoquée** (contact, insertion, frottement), **spontanée ou mixte**
- **Primaire** (dès les 1^{ers} rapports) **ou secondaire** (après une période de rapports sexuels indolores)
- **Aspects évolutifs** (intermittent, persistant, constant, immédiat, différé)

Certaines patientes peuvent présenter à la fois un trouble spécifique (ex. : un lichen scléreux) et une vulvodynie.

Tableau I (d'après [2]).

Consensus 2015 sur la terminologie et la classification des douleurs vulvaires persistantes et de la vulvodynie

Facteurs potentiels associés à la vulvodynie

- Comorbidités (SMI)
- Prédisposition génétique
- Facteurs hormonaux
- Facteurs inflammatoires
- Facteurs musculo-squelettiques
- Mécanismes neurologiques centraux et périphériques
- Facteurs psychosociaux
- Facteurs anatomiques

Tableau II (d'après [2]).

vulvodyniques auraient au moins deux SMI associés [7]. La vulvodynie pourrait être une manifestation de sensibilisation centrale au cours de laquelle la perception douloureuse est amplifiée, faisant intervenir la coexistence d'un dysfonctionnement central et périphérique [8]. Une prédisposition génétique, une inflammation locale (infection à *Candida albicans*), un traumatisme pelvien (chirurgie, accouchement) et des facteurs psycho-environnementaux pourraient jouer un rôle inducteur. Ainsi, des antécédents de violences physiques, psychologiques ou sexuelles sont significativement associés au risque de développer une vulvodynie, de même que des antécédents d'anxiété ou de dépression [9, 10].

■ Poser le diagnostic

Le diagnostic de vulvodynie est clinique [11]. Il repose sur les données de l'interrogatoire, caractérisant la douleur, et de l'examen clinique permettant d'affirmer que la vulve est "normale" ou exempte de lésion pertinente susceptible d'expliquer la douleur. La connaissance des variations morphologiques de la vulve normale constitue ainsi un prérequis nécessaire. Par ailleurs, en cas de douleur évoluant par poussées, l'examen devra être réalisé en période algique, ce qui nécessite parfois de reconvoquer la patiente. Enfin, l'examen devra être réalisé dans de bonnes conditions (éclairage, position de la patiente, installation du médecin).

1. Caractériser la vulvodynie à l'interrogatoire [4]

>>> **Le mode de début** : il est souvent marqué par un événement inaugural tel qu'une infection (candidose, cystite), un traumatisme (accouchement, intervention chirurgicale gynécologique, urologique, proctologique) ou un événement de la vie (séparation, décès, perte d'emploi).

>>> **Le type d'inconfort** : brûlure, le plus souvent, mais aussi picotements, tiraillements, pincements, sensation de sécheresse, coups d'aiguille ou de couteau. La présence d'un prurit, rare, doit avant tout faire rechercher une cause "organique" associée telle qu'une candidose.

>>> **Le mode de déclenchement** : on distingue la *vulvodynie provoquée*, déclenchée par la pression et/ou le frottement, de la *vulvodynie spontanée*. Souvent, la vulvodynie est mixte, provoquée et spontanée.

● **La vulvodynie provoquée** concerne le plus souvent la femme jeune, nullipare. Le principal motif de consultation est alors une dyspareunie superficielle d'intromission. La douleur, déclenchée par la pénétration lors du coït, intéresse le plus souvent le vestibule. La *vestibulodynie* est qualifiée de *primaire* si elle est présente dès les premiers rapports sexuels, ou *secondaire* si elle apparaît après une période plus ou moins longue de rapports sexuels indolores. La mise en place d'un tampon, les vêtements serrés, la station assise, la bicyclette, les examens gynécologiques et parfois tout contact constituent d'autres facteurs déclenchants.

● **La vulvodynie spontanée** concerne des femmes plus âgées et peut intéresser toute la vulve ou une partie de celle-ci : hémi-vulve, clitoris ou, plus rarement, le vestibule.

>>> **Le retentissement physique, psychosexuel et sur la qualité de vie** n'est plus à démontrer. Les répercussions

Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

Retentissement physique et psychosexuel des vulvodynies

1. Retentissement commun à toutes les douleurs chroniques inexpliquées

- Anxiété due à l'absence de cause identifiable, à la résistance aux différents traitements proposés, à la perplexité des médecins consultés, à la crainte que la douleur ne relève d'une maladie grave qui n'aurait pas été identifiée.
- Dépression due à la résistance aux traitements proposés et à l'impossibilité de prévoir la durée de la maladie.

2. Retentissement physique et psychosexuel des vestibulodynies provoquées

Physique

- Vaginisme réactionnel.
- Défaut de lubrification au moment des rapports sexuels.
- Restrictions vestimentaires et des activités de loisirs (vélo, piscine, équitation...).

Psychosexuel

- Crainte d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible.
- Sensation d'être sale.
- Sentiment de perte de la féminité.
- Honte.
- Évitement des rapports sexuels.
- Réduction de la libido.
- Crainte d'être abandonnée par son partenaire en raison de l'espacement voire de l'évitement complet des rapports sexuels insertifs vaginaux.

Tableau III (d'après [12]).

multiples de la vulvodynie sont présentées dans le **tableau III** [12].

>>> L'association à d'autres SMI [7].

2. Affirmer à l'examen clinique que la vulve ne présente pas d'anomalie pertinente susceptible d'expliquer l'inconfort ressenti [4]

>>> Connaître les variations morphologiques de la vulve normale

• La survenue de la douleur incite la patiente à examiner sa vulve, souvent pour la première fois, et à relier tel ou tel aspect considéré par elle-même comme "pathologique" à la douleur. Les variations morphologiques de la vulve normale et du vestibule en particulier doivent être connues afin de pouvoir rassurer fermement la patiente.

• Il s'agit des grains de Fordyce, des papilles vestibulaires et des érythèmes physiologiques vulvaires. Cet aspect érythémateux peut intéresser les grandes lèvres, les sillons interlabiaux et le vestibule. À ce niveau, il se situe principalement au pourtour des orifices excréteurs

des glandes de Bartholin ou de Skène. Il se caractérise par un aspect maculeux, bilatéral et symétrique ainsi que des contours flous (**fig. 1**). Il se différencie alors de l'érythème érosif du lichen plan (**fig. 2**), de celui orangé de la vulvite de Zoon (**fig. 3**) ou de celui, plus papuleux, d'une néoplasie vulvaire intra-épithéliale de type classique (**fig. 4**).

>>> Face à une anomalie, se poser la question de sa pertinence

Les lésions douloureuses sont érosives, ulcérées ou fissurées. Ainsi, un lichen scléreux non fissuré peut être asymptomatique ou prurigineux, mais il ne peut être responsable d'une brûlure. Des condylomes ne peuvent pas non plus être incriminés.

>>> Examiner la vulve en période algique ou dans les 24 h suivant un rapport sexuel

Cela permet de ne pas méconnaître une candidose ou un herpès, dont le diagnostic clinique et microbiologique n'est possible qu'en poussée, ou une fissure mécanique de l'hymen qui cicatrise en 24 à 48 h.



Fig. 1 : Érythème vestibulaire physiologique au pourtour des orifices excréteurs glandulaires (coll. S. Ly).



Fig. 2 : Lichen plan érosif (coll. S. Ly).



Fig. 3 : Vulvite de Zoon (coll. S. Ly).



Fig. 4 : Néoplasie vulvaire intra-épithéliale de type commun (coll. S. Ly).

>>> Le test au coton-tige : il complète l'inspection et consiste à exercer une pression douce avec un coton-tige sur les différents territoires vulvaires afin de déterminer les zones douloureuses. Le vestibule se caractérise de façon physiologique par une "certaine" sensibilité, nettement accrue en cas de vestibulodynie, le déclenchement de la douleur entraînant parfois une contraction réflexe des muscles périnéaux.

3. Différencier la vulvodynie d'une douleur d'origine neurologique

Le principal diagnostic différentiel à éliminer est la névralgie pudendale. Les signes d'appel neurologiques, la conduite à tenir ainsi que les explorations à proposer sont détaillées ci-après par le Dr Le Breton.

4. Des examens complémentaires ?

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic de vulvodynie.

La biopsie des zones symptomatiques n'est pas utile au diagnostic positif, les aspects histologiques observés étant non spécifiques [11]. Ce geste est de plus susceptible d'accentuer la douleur.

Les prélèvements microbiologiques (mycologique ou virologique) ne seront effectués qu'en cas de suspicion de candidose ou d'herpès génital. La pertinence des prélèvements bactériologiques vaginaux devra elle aussi être appréciée [4].

■ Prise en charge thérapeutique

Les traitements proposés dans la prise en charge de la vulvodynie sont multiples, et il est recommandé de les proposer en association [11]. Quels qu'ils soient, le niveau de preuve de leur efficacité est bas [12]. Une prise en charge multidisciplinaire est par ailleurs très souvent utile. Enfin, l'écoute et l'empathie font partie intégrante de cette prise en charge [4, 12].

1. Moyens thérapeutiques

>>> Les moyens pharmaceutiques

● Lorsqu'ils sont tolérés, les **topiques émollients**, en crème (Dexeryl, Cold-cream), pommade (Deumavan) ou huile (huile d'amande douce, de bourrache...), peuvent apporter un apaisement certain. En l'absence d'activité pharmacologique notoire, c'est leur effet placebo qui doit être pris en compte, apportant jusqu'à 53 % d'amélioration dans certains essais contrôlés [12]. Il est habituel d'y associer un savon doux et un lubrifiant (Saugella gel, KY, Monasens...) afin d'essayer de rompre le cercle vicieux "appréhension/défaut de lubrification/douleur" lié à la pénétration.

● À l'inverse, une intolérance aux topiques "médicamenteux" (estrogènes, antifongiques, cicatrisants) est fréquente. En pratique, chez les patientes "intolérantes à tout", mieux vaut éviter les topiques [12].

● **Anesthésiques locaux :** la lidocaïne seule est à préférer à l'association lidocaïne/prilocaine responsable de brûlures. Elle est principalement proposée dans les vestibulodynies provoquées. Elle peut alors être appliquée sur le vestibule 10 mn avant un rapport sexuel afin de réduire la douleur liée à la pénétration. Il est utile d'expliquer à la patiente que la sensibilité des zones érogènes (clitoris, vagin) ne sera pas affectée. La validité de ce traitement préventif, critiqué par les sexologues, n'a pas été objectivement démontrée, de même que celle des applications pluriquotidiennes de lidocaïne souvent recommandées [12].

● **Les autres topiques** (gabapentine, amitriptyline, capsaïcine ou injections de toxine botulique) ne sont pas utilisés en pratique courante et, pour certains, font l'objet d'études contrôlées en cours.

● **Les traitements antalgiques per os :** les antalgiques "classiques" (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens,

codéine) étant inefficaces, les médicaments utilisés sont ceux des douleurs neuropathiques. Les niveaux de preuve d'efficacité et de tolérance, même à faible dose, sont médiocres [12].

● **Les antidépresseurs tricycliques :** l'amitriptyline est la molécule la plus souvent prescrite. En solution buvable (40 mg/mL ; 1 goutte = 1 mg), elle permet de débiter à une dose faible, de 3 à 5 mg le soir au coucher, et d'augmenter progressivement la posologie selon la tolérance et l'efficacité. La dose moyenne préconisée ne dépasse pas 30 mg/j ; elle est inférieure à celle proposée dans les troubles de l'humeur. Les principales contre-indications sont le glaucome et l'infarctus du myocarde récent. Les effets indésirables (constipation, sécheresse buccale, somnolence...) sont dose-dépendants. Le traitement est poursuivi 6 mois, puis arrêté progressivement [12].

● **Les autres antidépresseurs**, tels que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les antiépileptiques, préconisés dans les douleurs neuropathiques, sont peu utilisés dans la vulvodynie. Leur efficacité n'a pas été établie et leur tolérance est souvent médiocre [12].

>>> Les traitements non pharmacologiques

● **La rééducation périnéale :** consistant en des massages des muscles périnéaux, avec ou sans *biofeedback*, c'est l'une des approches les plus utilisées actuellement pour traiter les vulvodynies, en particulier provoquées. Son objectif est de diminuer la tension des muscles périnéaux qui entretient la douleur et la dyspareunie (vaginisme réactionnel). Elle doit être réalisée dans un climat de confiance, par un ou plus souvent une kinésithérapeute ou une sage-femme familiarisée avec les vulvodynies [12].

● **TENS** (*Transcutaneous electrical nerve stimulation*) : la neurostimulation élec-

Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

trique transcutanée peut être proposée comme alternative aux antalgiques ou en association à la kinésithérapie [12].

● **Approche psychosexuelle :** toujours envisagée en accord avec la patiente, l'intervention d'un psychothérapeute peut être nécessaire en cas d'état dépressif, d'anxiété ou de troubles obsessionnels, de troubles du comportement alimentaire ou encore d'impact sur la vie de couple. Il ne s'agit pas d'adresser la patiente au prétexte que la vulve est "normale" et que la vulvodynie "c'est dans la tête", démarche alors vouée à l'échec, mais de prendre en compte la souffrance psychique induite par la vulvodynie et/ou parfois responsable de celle-ci. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent les mieux adaptées [4, 12]. Une thérapie de couple peut parfois s'avérer utile.

>>> **La chirurgie :** la vestibulectomie (partielle ou totale, avec ou sans avancement vaginal) constitue un traitement de dernier recours, adapté seulement à une minorité de patientes selon les recommandations britanniques [11]. Les résultats, très favorables à court terme, de certaines études conduisent à se poser la question d'un éventuel effet placebo de la chirurgie ! En effet, ces études sont non comparatives, ne comportant ni groupe contrôle ni possibilité d'insu. L'efficacité à long terme de la vestibulectomie n'a pas été évaluée de façon prospective. Enfin, le traumatisme chirurgical est parfois responsable d'une réactivation de la douleur [12].

>>> **Le traitement spécifique des affections associées sera systématique**

Ce sont des facteurs potentiels d'aggravation ou d'entretien de la vulvodynie :
– candidose, herpès génital ou infection urinaire après confirmation microbiologique ;
– atrophie vulvaire postménopausique ;
sècheresse vulvo-vaginale.

2. Stratégie thérapeutique

>>> **Que dire à la patiente ?**

● Après un temps d'écoute et d'attention, il est important de nommer la maladie "vulvodynie".

● Poser le diagnostic, expliquer que la vulvodynie est une maladie connue, bien définie et un motif fréquent de consultation, c'est limiter l'anxiété liée à l'errance diagnostique et reconnaître l'existence de la douleur, malgré l'absence de cause spécifique connue. C'est aussi limiter la demande et la pratique d'examen complémentaires inutiles, en précisant que la vulvodynie n'est ni une infection sexuellement transmissible (IST), ni un cancer ou un état précancéreux. Le versant psychologique de la vulvodynie ne sera pas mis seul en avant ni bien sûr occulté.

● Des explications seront données sur les connaissances physiopathologiques actuelles de la vulvodynie et sur les possibilités de traitement qui, en dépit de l'absence de "recette miracle", ne font pas de la vulvodynie une "maladie incurable". Ainsi, le traitement multidisciplinaire d'une vestibulodynie provoquée permet d'améliorer 80 % des patientes, même si une sensibilité de contact peut persister. L'histoire naturelle même de la vulvodynie pourrait être celle d'une amélioration spontanée [12].

>>> **Que proposer ?**

● **Vestibulodynie provoquée :** la rééducation sera proposée en première intention, associée aux émoullients et aux anesthésiques locaux. Les antalgiques *per os* sont proposés en seconde intention.

● **Vulvodynie spontanée :** les antalgiques *per os* sont proposés en première intention.

Les autres mesures thérapeutiques, la prise en charge psychosexuelle en particulier, sont à adapter au contexte dans

lequel s'inscrit la vulvodynie. Dans tous les cas, la qualité de la relation médecin/malade ainsi que celle du réseau multidisciplinaire de prise en charge (kinésithérapeute, sage-femme, psychologue) sont primordiales.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOYAL-BARRACCO M, LYNCH PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004;49:772-777.
2. BORNSTEIN, GOLDSTEIN AT, STOCKDALE CK *et al.* 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. *J Lower Gen Tract Dis*, 2016;20:126-130.
3. REED BD, HARLOW SD, SEN A *et al.* Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*, 2012;206:170.e1-170.e9.
4. MOYAL-BARRACCO M, LABAT JJ. Vulvodynies et douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog urol*, 2010;20:1019-1026.
5. PELLETIER F, PARRATTE B, PENZ S *et al.* Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *Br J Dermatol*, 2011;164:617-622.
6. www.nva.org
7. REED BD, HARLOW SD, SEN A *et al.* Relationship between vulvodinia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol*, 2012;120:145-151.
8. LABAT JJ, RIAN T, DELAVIERRE D *et al.* Approche globale des douleurs pelvipérinéales chroniques: du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale. *Prog urol*, 2010;20:1027-1034.
9. LANDRY T, BERGERON S. Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Arch Sex Behav*, 2011;40:877-889.
10. KHANDKER M, BRADY SS, VITONIS AF *et al.* The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodinia. *J Womens Health*, 2011;20:1445-1451.
11. NUNNS D, MANDAL D, BYRNE M *et al.* Guidelines for the management of vulvodynie. *Br J Dermatol*, 2010;162:1180-1185.
12. MOYAL-BARRACCO M, DO PHAM G. Vulvodynie. Thérapeutique dermatologique. <http://www.therapeutique-dermatologique.org/>

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