Revues générales

Vulvodynie : les enjeux de la première consultation

RÉSUMÉ : La vulvodynie est fréquente et mal connue. Une errance diagnostique et thérapeutique caractérise souvent le parcours de soins des patientes, majorant leur anxiété, leur désarroi et leurs attentes d'une consultation de "vulvologie". Les enjeux d'un premier entretien apparaissent donc déterminants pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

S. LY
Cabinet de Dermatologie, GRADIGNAN.
Hôpital Saint-André, CHU de BORDEAUX.

Vulvodynie : *inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion pertinente visible et sans maladie neurologique cliniquement identifiable* [1].

Enjeu : *ce que l'on peut gagner ou perdre dans une entreprise quelconque* [2].

Malgré une forte prévalence, la vulvodynie reste un diagnostic mal connu des médecins [3, 4]. Cette méconnaissance, couplée à une certaine réticence à consulter de la part des patientes, est responsable d'un retard diagnostique de près de 5 ans [5]. Il n'est donc pas rare que le parcours de soins préalable des patientes comporte de multiples avis médicaux, examens complémentaires et tentatives thérapeutiques. Cette errance diagnostique et thérapeutique majore l'anxiété et le désarroi de ces patientes ainsi que leurs attentes d'une consultation de "vulvologie". Les enjeux d'un premier entretien apparaissent donc déterminants pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

Enjeu n° 1 : écouter, reformuler et structurer une histoire souvent longue et complexe

Une écoute attentive de la patiente permettra de reformuler son histoire, de la structurer et d'y repérer les éléments du diagnostic :

- ***Brûlure vulvaire :*** très souvent qualifiée de "vaginale" par la patiente, c'est le symptôme dominant de la vulvodynie et le motif principal de la consultation avec la dyspareunie.
- ***Déclenchement par le frottement :*** coït, insertion d'un tampon, examen gynécologique, pratique de la bicyclette, port de vêtements serrés définissant la vulvodynie **provoquée**, forme la plus fréquente, par opposition aux formes **spontanées**, plus rares.
- ***Association à une dyspareunie superficielle d'intromission :*** douleur le plus souvent de siège vestibulaire, à la pénétration, dès le début du coït. La **vestibulodynie** est qualifiée de **primaire** si elle est présente dès les premiers rapports sexuels, ou de **secondaire** si elle apparaît après une période plus ou moins longue de rapports sexuels indolores, ce qui est plus fréquent.
- ***Absence de prurit :*** sa présence doit obligatoirement conduire à rechercher une étiologie organique, possiblement associée à la vulvodynie.
- ***Facteur déclenchant initial :*** infection (candidose, cystite), traumatisme (accouchement, intervention chirurgicale gynécologique, urologique, proctologique) ou événement de la vie (séparation, décès, perte d'emploi).

Revues générales

● Parmi les ***antécédents*** de la patiente : association significative à des "symptômes médicalement inexpliqués" : fibromyalgie, cystite interstitielle, syndrome du côlon irritable, dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire [6]…

Enjeu n° 2 : affirmer qu'il n'existe pas de lésion pertinente visible expliquant la douleur

L'examen vulvaire est "idéalement" réalisé en période douloureuse. Cela permet en effet d'éliminer certaines dermatoses vulvaires douloureuses intermittentes telles qu'un herpès, une vulvo-vaginite candidosique récidivante ou une fissure post-coïtale dont la cicatrisation est rapide, en 24 à 48 heures.

1. Affirmer la normalité de la vulve implique d'en connaître les principales variations physiologiques

● Papilles vestibulaires, glandes sébacées ectopiques, caroncules hyménéales seront facilement innocentées.

● Érythèmes vulvaires physiologiques :
– érythèmes vestibulaires physiologiques (***fig. 1 à 3***) : maculeux, bilatéraux et symétriques, non érosifs et aux limites floues, ils ont la particularité d'être "naturellement" plus sensibles et de siéger au pourtour des orifices des glandes de Bartholin et de Skene ;

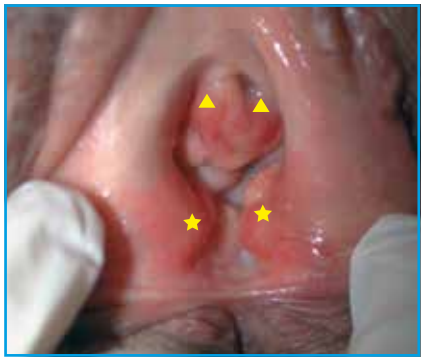

Fig. 1 : Érythème vestibulaire physiologique au pourtour des orifices excréteurs glandulaires (orifices des glandes de Bartholin ★ et des glandes de Skene ▲).

– les sillons interlabiaux, les grandes lèvres, l'ensemble de la vulve peuvent parfois être le siège d'un érythème physiologique (***fig. 4 et 5***).

● Pâleurs vestibulaires physiologiques :
– l'imprégnation glycogénique peut être responsable d'une pâleur variable au cours du cycle (***fig. 6***) ;
– la ménopause se manifeste parfois par un aspect pâle et "citrin" du vestibule (***fig. 7***).

2. 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

Fig. 2 et 3 : Érythème vestibulaire physiologique.

Fig. 4 : Érythème physiologique des sillons interlabiaux.

Fig. 5 : Érythème physiologique des grandes lèvres.

Fig. 6 : Pâleur physiologique du vestibule et de la face interne des petites lèvres variable au cours du cycle liée à l'imprégnation glycogénique.

Fig. 7 : Pâleur vestibulaire physiologique ménopausique.

condylomes ne peuvent pas non plus être incriminés.

3. Sur le plan neurologique

Le principal diagnostic différentiel à éliminer est la névralgie pudendale liée à la compression mécanique de ce nerf dans le canal d'Alcock. La douleur, à prépondérance spontanée, est habituellement unilatérale, aggravée en position assise et sa topographie déborde la vulve vers la fesse homolatérale.

Enjeu n° 3 : objectiver la douleur

Le test au coton-tige, qui consiste à appliquer une pression douce et normalement indolore sur les différentes régions de la vulve, permet d'objectiver la douleur. La pression déclenchera anormalement une douleur (allodynie) chez une patiente vulvodynique, responsable parfois d'une contraction involontaire des muscles du périnée. La douleur peut aussi être quantifiée sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10.

Enjeu n° 4 : éviter les examens complémentaires inutiles et susceptibles de majorer la douleur

Le diagnostic de vulvodynie est clinique [3]. Il ne nécessite aucun examen complémentaire. Il n'est cependant pas rare que la patiente soit adressée pour "avis et biopsie vulvaire". Il est alors important de savoir récuser cet examen, en particulier si l'on est en présence d'un érythème vestibulaire physiologique tel que défini précédemment. La biopsie des zones symptomatiques n'est pas utile au diagnostic positif, les aspects histologiques observés étant non spécifiques [7]. Ce geste est de plus susceptible d'accentuer la douleur.

Les prélèvements microbiologiques, mycologiques ou virologiques 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 [3].

Enjeu n° 5 : nommer la maladie

Nommer la maladie – la vulvodynie – permet de répondre à l'anxiété liée à l'absence de cause identifiable, à la résistance de l'inconfort aux différents traitements proposés, à la perplexité des médecins consultés ainsi qu'à la crainte que la douleur ne relève d'une maladie grave qui n'aurait pas été identifiée [8].

Poser le diagnostic permet aussi de délivrer les "six messages de la première consultation" tels que les ont définis Micheline Moyal-Barracco et Jean-Jacques Labat (***tableau I***) [3], parmi lesquels on retiendra :
– la vulvodynie n'est pas une maladie imaginaire ;
– la vulvodynie n'est pas une maladie incurable mais il n'y a pas de recette miracle ;
– une approche multifactorielle est nécessaire, elle sera d'abord corporelle.

Enjeu n° 6 : proposer une prise en charge thérapeutique

Il est alors possible de proposer une prise en charge thérapeutique à la patiente, mais avec des objectifs réalistes. Les

POINTS FORTS

- La vulvodynie est fréquente et mal connue, avec un retard diagnostique de plusieurs années.
- Une errance diagnostique et thérapeutique caractérise souvent le parcours de soins des patientes souffrant d'une vulvodynie, ce qui majore leur anxiété et leur désarroi.
- Les enjeux d'une première consultation sont les suivants :
  – repérer les éléments du diagnostic dans une histoire souvent longue et complexe ;
  – affirmer qu'il n'existe pas de lésion pertinente visible expliquant la douleur ;
  – éliminer le principal diagnostic différentiel : la névralgie pudendale ;
  – objectiver la douleur par le test au coton-tige ;
  – éviter les examens complémentaires inutiles ;
  – nommer la maladie et l'expliquer ;
  – proposer une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire et un suivi.
- Mettre fin à l'errance diagnostique et thérapeutique des patientes souffrant de vulvodynie constitue l'enjeu majeur d'une première consultation.

Revues générales

1. Nommer la maladie (vulvodynie) et expliquer que c'est actuellement le motif le plus fréquent de consultation dans les centres de pathologie vulvaire.
2. La vulvodynie n'est pas une maladie "imaginaire" : la douleur est réelle.
3. La vulvodynie n'est pas une maladie sexuellement transmissible, ni un cancer, ni un état précancéreux.
4. "Ce n'est pas dans la tête" : la vulvodynie ne reconnaît actuellement aucune étiologie organique mais l'on ne saurait affirmer pour autant que sa cause est "psychologique". La dimension psychologique de cet inconfort chronique doit néanmoins être prise en compte.
5. Comme pour toute douleur chronique, il n'y a pas de "recette miracle" : une approche multifactorielle du problème (dermatologique, psychologique, physiothérapique, sexuelle) est souhaitable. Cette approche sera d'abord corporelle, centrée sur la douleur physique et ses conséquences. L'orientation vers un psychothérapeute nécessite une maturation qui se fait souvent au fil des consultations.
6. La vulvodynie n'est pas une maladie incurable.

Tableau I : Les 6 messages de la première consultation d'après [3].

Vestibulodynie provoquée	Vulvodynie spontanée
Physiothérapie périnéale en 1re intention Émollients Lidocaïne gel 10 min avant les rapports	Antalgique de type antidépresseur tricyclique à faible dose : amitriptyline 5 à 10 gouttes le soir
Qualité de la relation médecin/malade **Réseau multidisciplinaire de prise en charge +++** Dermatologue, gynécologue, kinésithérapeute, sage-femme, psychologue	
Prise en charge psychosexuelle à adapter au contexte	

Tableau II : Prise en charge schématique de la vulvodynie.

traitements proposés dans la prise en charge de la vulvodynie sont multiples et il est recommandé de les proposer en association [7]. Une prise en charge multidisciplinaire est très souvent utile. L'écoute et l'empathie font partie intégrante de cette prise en charge [3, 8]. Les principales modalités thérapeutiques de la vulvodynie, qui ne seront pas détaillées dans cet article, sont très brièvement résumées dans le ***tableau II***.

Conclusion

Mettre fin à l'errance diagnostique et thérapeutique des patientes souffrant de vulvodynie constitue l'enjeu majeur d'une première consultation. Engager une relation de confiance avec la patiente permettra alors de lui proposer une prise en charge spécifique et un suivi.

Photos de l'article : collection S. Ly.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004;49:772-777.
2. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enjeu/29621
3. Moyal-Barracco M, Labat JJ. Vulvodynies et douleur pelvipérinéales chroniques. *Progrès en Urologie*, 2010;20:1019-1026.
4. Reed B, Harlow SD, Sen A *et al.* Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*, 2012;206:170.e1-170.e9.
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. Reed BD, Harlow SD, Sen A *et al.* Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol*, 2012;120:145-151.
7. Nunns D, Mandal A, Byrne M *et al.* Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol*, 2010;162:1180-1185.
8. Moyal-Barracco M, Do Pham G. Vulvodynie. Thérapeutique dermatologique http://www.therapeutique-dermatologique.org/

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