

■ Revues générales

La vestibulodynie

Le point de vue du dermatologue

RÉSUMÉ : La vestibulodynie est la plus fréquente des vulvodynies localisées. Elle se caractérise sur le plan fonctionnel par des douleurs vulvaires localisées au vestibule, le plus souvent à type de brûlure, ainsi que par des dyspareunies superficielles d'intromission. Le diagnostic de vestibulodynie est clinique, l'examen vulvaire, réalisé en période algique, ayant pour objectif d'éliminer une lésion vulvaire pertinente susceptible d'expliquer les symptômes, une douleur d'origine neurologique et de confirmer le siège et le caractère allodynique de la douleur.

La prise en charge de la vestibulodynie, multidisciplinaire, repose en premier lieu sur la kinésithérapie périnéale. Le rôle du dermatologue, parfois sollicité après un long parcours de soins et une véritable errance thérapeutique de la patiente vulvodynique, est important aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique.



S. LY

Hôpital St-André, CHU de BORDEAUX ;
Cabinet de Dermatologie, GRADIGNAN.

La vulvodynie a été définie en 2003 par l'International Society for 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]. Un consensus en 2015 définit la vulvodynie comme *“une douleur vulvaire présente depuis au moins 3 mois, sans cause clairement identifiable”* [2].

La vestibulodynie est une forme localisée de vulvodynie au cours de laquelle la sensation d'inconfort ou de brûlure ne concerne que le vestibule, à la différence de la vulvodynie généralisée qui intéresse l'ensemble de la vulve. La vestibulodynie est la plus fréquente des vulvodynies localisées, la clitoridodynie étant nettement plus rare. Elle peut être spontanée, provoquée ou mixte, et elle sera qualifiée de “primaire” en cas de survenue dès le premier rapport sexuel (ou lors de la première utilisation de tampons) et de “secondaire” si

sa survenue succède à une phase d'activité sexuelle (ou d'insertion de tampon) non douloureuse.

Sur le plan physiopathologique, on considère actuellement que la vestibulodynie, au même titre que la vulvodynie, pourrait être liée à l'interaction complexe de multiples facteurs biomédicaux et psychosociaux [3] : par exemple, la survenue sur un terrain génétiquement prédisposé d'épisodes récidivants de candidose associée au rôle iatrogénique de certains topiques pourrait être responsable d'une inflammation locale, elle-même déclenchant un dysfonctionnement des muscles pelviens, une sensibilisation locale puis centrale à la douleur avec pérennisation de cette dernière.

■ Quelle est la fréquence de la vestibulodynie ?

La prévalence de la vulvodynie a été évaluée à un moment donné (prévalence instantanée) à 8 % au sein d'une popu-

Revue générale

lation de 2000 femmes [4], et entre 13 et 16 % au cours de la vie [5, 6], toutes les tranches d'âge étant concernées. Chez 1 183 patientes consultant pour une douleur vulvaire chronique, une étude transversale multicentrique a montré qu'il s'agissait d'une vestibulodynie dans 70 % des cas et d'une vulvodynie généralisée dans 27 % des cas [7].

Dans une étude canadienne concernant 1 425 femmes sexuellement actives, 20 % de celles âgées de 13 à 19 ans décrivaient une douleur lors des rapports sexuels depuis plus de 6 mois, l'orifice vaginal étant la zone la plus douloureuse [8]. Cette affection constitue aussi dans notre expérience le type de vulvodynie le plus fréquent, préférentiellement chez des femmes jeunes, mais pas exclusivement.

Quand évoquer une vestibulodynie ?

La douleur à type de brûlure et la dyspareunie sont les symptômes les plus fréquents, conduisant la patiente à consulter.

>>> La brûlure, très fréquemment qualifiée de "vaginale" par les patientes alors qu'elle est vulvaire, est plus souvent provoquée que spontanée, déclenchée et aggravée par le frottement, en particulier lors des rapports sexuels. Elle peut conduire les patientes à ne plus porter de vêtement serré, à supprimer certains sports (vélo), à limiter la station assise prolongée, à ne plus insérer de tampon, à éviter l'examen gynécologique. D'autres qualificatifs peuvent être employés : picotements, tiraillements, pincements, coups d'aiguille ou de couteau, sensations de sécheresse, de déchirure, etc.

>>> La dyspareunie est habituellement une dyspareunie d'intromission dite "superficielle", déclenchée par la pénétration.

Dyspareunie et brûlures per- et post-coïtales conduisent à l'espacement des

rapports sexuels, voire à leur impossibilité. Le retentissement psychologique ainsi que sur la qualité de vie sexuelle des patientes, toujours présent, peut alors être majeur.

>>> Le prurit n'est qu'exceptionnellement le véritable symptôme de la vestibulodynie. La présence d'un prurit doit avant tout faire chercher une cause organique qui peut être associée, telle qu'une vulvovaginite candidosique récidivante ou un lichen scléreux.

L'interrogatoire recherchera en outre :

>>> D'éventuelles circonstances déclenchantes ayant précédé l'apparition de la vestibulodynie telles que des candidoses ou des cystites à répétition [7], une chirurgie pelvienne, un accouchement, un événement traumatique, dont les abus sexuels ou les violences physiques ou encore un événement de la vie tel qu'un divorce, un licenciement.

>>> Des antécédents particuliers tels qu'une fibromyalgie, un syndrome de la vessie douloureuse (anciennement dénommée cystite interstitielle), un syndrome du côlon irritable, des migraines, une glossodynie, des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire ou de l'articulation coxo-fémorale. En effet, 50 % des patientes vulvodyniques auraient au moins 2 symptômes médicalement inexpliqués associés [9]. L'étude menée par Graziottin *et al.* [7] souligne l'importance des comorbidités digestives associées – non seulement syndrome du côlon irritable (28 %) mais aussi constipation (23,5 %) et dyschésie (12 %) – et gynécologiques de type dysménorrhée/endométriome (11 %).

Comment confirmer le diagnostic de vestibulodynie ?

Le diagnostic de vestibulodynie est clinique, l'examen génital devant idéalement être effectué en période douloureuse. L'examen clinique aura pour

objectif d'affirmer qu'il n'existe pas de lésion vulvaire pertinente susceptible d'expliquer les symptômes ressentis, de confirmer le siège vestibulaire de la douleur et d'évaluer son intensité, et enfin d'éliminer une douleur d'origine neurologique [10].

1. Affirmer qu'il n'existe pas de lésion vestibulaire pertinente expliquant la douleur

Cette étape essentielle du diagnostic nécessite de bien connaître les variations physiologiques et morphologiques du vestibule [11] :

>>> Ce confluent génito-urinaire a la forme d'un entonnoir, limité en avant par le frein du clitoris, en arrière par la fourchette et latéralement par les petites lèvres et plus précisément par la ligne virtuelle de Hart, jonction entre l'épithélium finement kératinisé de la face interne de chaque petite lèvre et non kératinisé du vestibule (**fig. 1**). On distingue le **vestibule antérieur** ou urinaire, qui comporte le méat urétral encadré par les orifices des glandes para-urétrales (ou glandes de Skene), et en arrière le **vestibule postérieur** ou vaginal, comportant l'orifice inférieur du vagin et, de part et d'autre, les orifices canaux excréteurs des glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin) situés au sein du sillon vestibulaire.

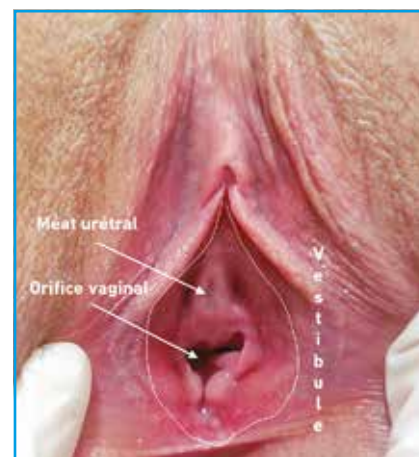


Fig. 1 : Le vestibule.



Fig. 2 à 4: Érythème vestibulaire physiologique.

>>> Le vestibule est très fréquemment le siège d'un **érythème physiologique** (fig. 2-4) d'intensité variable qui se situe principalement aux pourtours des orifices excréteurs des glandes de Bartholin et de Skene. Son aspect maculeux, bilatéral et symétrique et ses contours flous le différencient d'un érythème pathologique qui peut être érosif (lichen plan), rouge-orangé (vulvite de Zoon), papuleux et/ou asymétrique (néoplasie vulvaire intraépithéliale HPV-induite ou lésion intraépithéliale squameuse de haut grade [HSIL]).

>>> La papillomatose vestibulaire ou les vestiges hyménaux (caroncule hyménale) (fig. 5) plus ou moins marqués/imposants ne devront pas être considérés comme pathologiques.



Fig. 5: Vestiges hyménaux (caroncules hyménales).



>>> Chez une patiente ménopausée, l'aspect pâle ou au contraire pseudo-érythémateux par atrophie de la muqueuse vestibulaire ou encore un ectropion de la muqueuse urétrale (fig. 6) sont physiologiques.

Face à une anomalie, il est nécessaire d'analyser sa pertinence. Les lésions douloureuses sont érosives, ulcérées ou fissurées. Un lichen scléreux non fissuré ou des condylomes ne peuvent être incriminés.



Fig. 6: Ectropion de muqueuse urétrale chez une patiente ménopausée.



La réalisation de l'examen vulvaire **en période douloureuse** permettra d'éliminer une pathologie douloureuse intermittente et récidivante, telle qu'une candidose récidivante ou un herpès génital. En cas de douleur très localisée, accompagnée d'un saignement post-coïtal, l'examen devra être réalisé 24 à 48 h après un rapport sexuel afin de ne pas méconnaître une fissure hyménale ou post-coïtale mécanique ou de la fourchette.

2. Confirmer le siège de la douleur et son caractère allodynique

Cette étape est basée sur le test au coton-tige. Il consiste à exercer une pression douce en débutant à la face interne des cuisses et en se rapprochant progressivement de la vulve dont toutes les zones anatomiques sont testées, le vestibule l'étant en dernier, en différents points. La sensibilité physiologique du vestibule est nettement accrue en cas de vestibulodynie, le déclenchement de la douleur par une pression normalement indolore entraînant parfois une contraction réflexe des muscles périnéaux. La douleur déclenchée pourra être quantifiée ("légère", "modérée", "sévère"), cotée de 0 à 10 ou à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Le test au coton-tige permettra en outre de préciser s'il s'agit d'une vestibulodynie provoquée, forme la plus fréquente chez la femme jeune, spontanée ou mixte.

Revue générale

3. Éliminer une douleur d'origine neurologique

La localisation exclusivement vestibulaire de la douleur différencie la vestibulodynie de la névralgie pudendale. Dû à la compression du nerf pudendal dans le canal d'Alcock, le territoire douloureux, à prédominance unilatérale, s'étend alors de la vulve à l'anus.

Au terme de l'examen clinique, le diagnostic de vulvodynie à type de vestibulodynie peut être retenu. Il est alors fondamental de nommer la maladie, de rassurer la patiente quant à la "normalité" de l'examen vulvaire et de lui expliquer qu'une prise en charge de sa douleur est possible.

Des examens complémentaires sont-ils indiqués ?

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il est même souvent indispensable de savoir en arrêter la répétition ou la surenchère qui, outre leur inutilité et leur coût, ne font que majorer l'anxiété des patientes. La biopsie vulvaire est inutile en l'absence de signes histologiques spécifiques. Elle est de plus susceptible d'accentuer la douleur et, dans notre expérience personnelle, de renforcer l'errance diagnostique de certaines patientes [12].

Un prélèvement mycologique vulvaire et vaginal ou un prélèvement viral (PCR herpès) peuvent être utiles en cas de suspicion de vulvovaginite candidosique récidivante ou d'herpès génital.

Quelle prise en charge proposer ?

>>> Les enjeux de la première consultation sont déterminants. Ainsi, après un temps d'écoute et d'attention, l'un d'entre eux, le plus important, est de nommer la maladie "vestibulodynie" et en conséquence de reconnaître l'exis-

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 est souhaitable (dermatologique, psychologique, physiothérapique, sexuelle). 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 [10].

tence de la douleur malgré l'absence de cause spécifique identifiable. Expliquer qu'il s'agit d'une maladie connue et d'un motif fréquent de consultation en pathologie vulvaire permet de limiter l'anxiété liée à l'errance diagnostique. Cela permet aussi de limiter la demande et la pratique d'examens complémentaires inutiles, en précisant que la vestibulodynie n'est ni une IST, ni un cancer ou un état précancéreux. Le versant psychologique de la douleur chronique ne sera pas mis seul en avant ni bien sûr occulté et son retentissement sur la qualité de vie, sexuelle en particulier, sera abordé avec la patiente. Six messages à délivrer lors de cette première consultation ont été proposés (**tableau I**) [10].

>>> Le traitement à proposer en première intention dans la vestibulodynie provoquée est la kinésithérapie périnéale. Le rationnel de ce traitement repose sur une dysfonction fréquente des muscles du plancher pelvien associant une hypertonie, une perte de contrôle, de la force et des difficultés de relaxation de ces muscles [13]. L'objectif de la kinésithérapie est de restaurer ces fonctions et de rompre le cercle vicieux de la dyspareunie, la douleur entraînant une contraction musculaire réactionnelle qui elle-même accentue la douleur. Elle fait appel à des techniques variées (massages, étirements, pressions sur des

zones "gâchettes", sondes avec biofeedback) afin de faciliter la relaxation musculaire, d'en améliorer la vascularisation et d'en augmenter la mobilité. Elle doit être réalisée dans un climat de confiance, par un ou plus souvent une kinésithérapeute ou une sage-femme familiarisée avec les vulvodynies [14]. Une amélioration significative de la dyspareunie, de la douleur lors de l'examen gynécologique et des dysfonctions sexuelles est notée à court terme chez la majorité des patientes (71 à 76 % d'entre elles) après 6 à 10 séances de kinésithérapie.

Chez 24 patientes traitées par kinésithérapie périnéale pour une vestibulodynie provoquée interrogées 10 ans après, 42 % n'avaient plus de douleur et 83 %, sans aucun traitement complémentaire, rapportaient une très nette amélioration [13]. Ce traitement est donc habituellement prescrit en première intention chez la majorité des patientes [15].

La kinésithérapie périnéale est utilement associée :

– à l'application locale d'émollients, les huiles (huile d'amande douce, de bourrache, de coco...) étant particulièrement appréciées ; l'effet placebo des émollients contraste avec l'effet nocebo des topiques médicamenteux (antifongiques, dermocorticoïdes) qu'il est préférable d'éviter ;

– à l'application de lidocaïne seule (lidocaïne gel visqueux 2 %), à préférer à l'association lidocaïne/prilocaine responsable de brûlures. Cette application peut être proposée 10 minutes avant un rapport sexuel sur le vestibule afin de réduire la douleur liée à la pénétration. Il est important d'expliquer à la patiente que la sensibilité des zones érogènes (clitoris, vagin) ne sera pas affectée ;

– aux estrogènes topiques, en cas d'apparition de la vestibulodynie sous contraception orale combinée surtout si sont associées une sécheresse ou une atrophie muqueuse [15].

Les antalgiques *per os* et en particulier l'amitriptyline, traitement de première intention des vulvodynies généralisées spontanées, constituent dans notre expérience une option de seconde intention en cas de vestibulodynie provoquée.

L'intérêt des injections de toxine botulique, dont le rationnel repose sur l'hyperactivité des muscles pelviens superficiels, se précise. Ce type de traitement n'est indiqué qu'en cas d'échec de la kinésithérapie périnéale.

La vestibulectomie, que nous ne proposons pas, constitue un traitement de dernier recours, adapté seulement à une minorité de patientes selon les recommandations britanniques [12]. Son efficacité à 3 ans a été évaluée dans une étude comparant 16 patientes traitées chirurgicalement à 50 patientes traitées médicalement. Après une durée médiane de 36 mois, aucune différence n'était observée entre les deux groupes en termes de qualité de vie et de douleur. La vestibulectomie était suivie de complications dans près de 20 % des cas [16].

>>> Dans tous les cas, le traitement spécifique des affections associées sera systématique car ce sont des facteurs potentiels d'aggravation ou d'entretien de la vestibulodynie : traitement adapté d'une candidose, d'un herpès génital ou d'une infection urinaire après confirmation microbiologique, estrogénothérapie

topique en l'absence de contre-indication en cas d'atrophie vulvaire post-ménopausique, émollients et lubrifiants lors des rapports sexuels en cas de sécheresse muqueuse.

>>> Dans tous les cas aussi, la souffrance psychique liée à la vestibulodynie et son impact négatif sur la qualité de vie sexuelle seront abordés avec la patiente. Une prise en charge psychosexuelle sera à discuter au cas par cas, toujours envisagée en accord avec la patiente.

■ Conclusion

La prise en charge de la vestibulodynie est multidisciplinaire. Aux côtés des différents professionnels de santé impliqués (gynécologue, sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, sexologue parfois...), le dermatologue, parfois sollicité après un long parcours de soins de la patiente et une véritable errance thérapeutique, y tient un rôle important, tant en ce qui concerne le diagnostic positif que l'élimination des diagnostics différentiels et la prise en charge de la

POINTS FORTS

- La vestibulodynie est la forme la plus fréquente de vulvodynie localisée au cours de laquelle la douleur ne concerne que le vestibule.
- La brûlure et la dyspareunie superficielle d'intromission sont les symptômes les plus fréquents de la vestibulodynie.
- Le diagnostic de vestibulodynie est clinique ; il nécessite de connaître les variations morphologiques physiologiques du vestibule.
- Aucun examen complémentaire n'est habituellement nécessaire pour confirmer le diagnostic de vestibulodynie.
- Nommer la maladie et mettre fin à l'errance diagnostique et thérapeutique des patientes est la première étape de la prise en charge des patientes.
- Cette prise en charge de la vestibulodynie, multidisciplinaire, repose avant tout sur la kinésithérapie périnéale.

vestibulodynie, qu'il soit spécialisé en pathologie vulvaire ou pas.

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 J, 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. BERGERON S, REED BD, WESSELMANN U *et al.* Vulvodinia. *Nat Rev Dis Primers*, 2020;6:36.
4. 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.e1-9.
5. VIEIRA-BAPTISTA P, LIMA-SILVA J, CAVACO-GOMEZ J *et al.* Prevalence of vulvodinia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynecol Obstet*, 2014; 127:283-287.
6. GÓMEZ I, CORONADO PJ, MARTÍN CM *et al.* Study on the prevalence and factors associated to vulvodinia in Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2019;240: 121-124.

Revue générale

7. GRAZIOTTIN A, MURINA F, GAMBINI D *et al.* Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2020; 252:50-55.
8. LANDRY T, BERGERON S. Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Arch Sex Behav*, 2011;40:877-889.
9. REED BD, HARLOW SD, SEN A *et al.* Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol*, 2012;120:145-51.
10. MOYAL-BARRACCO M, LABAT JJ. Vulvodynies et douleur pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol*, 2010;20:1019-1026.
11. LY S. Les fondamentaux. In Dauendorffer JN, Ly S. *Dermatologie génitale masculine et féminine*. Elsevier Masson SAS, 2021, pp. 8-9.
12. NUNNS D, MANDAL D, BYRNE M *et al.* Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol*, 2010;162: 1180-1185.
13. JAHSHAN-DOUKHY O, BORNSTEIN J. Long-Term Efficacy of Physical Therapy for Localized Provoked Vulvodynia. *Int J Womens Health*, 2021;13:161-168.
14. MOYAL-BARRACCO M, DO PHAM G. Vulvodynie. Thérapeutique dermatologique <http://www.therapeutique-dermatologique.org/>
15. ROSEN NO, DAWSON SJ, BROOKS M *et al.* Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. *Drugs*, 2019;79:483-493.
16. AALTO AP, HUHTALA H, MÄENPÄÄ J *et al.* Combination of treatments with or without surgery in localized provoked vulvodynia: outcomes after three years of follow-up. *Biores Open Access*, 2019;8:25-31.

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