

DYSPAREUNIES, VULVODYNIES ET VESTIBULITE

Dr [Marie CHEVRET-MEASSON](#),

Psychiatre sexologue,

Directrice pédagogique des DIU de Sexologie Clinique et de Sexualité Humaine, Lyon 1

Dr [Gilles SOURNIES](#),

Gynécologue-obstétricien

Cours du [23 novembre 2013](#) de 11h à 13h

DEFINITION

La vestibulite (anciennement appelée vulvodynie) est un « *Inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable* »

(Définition proposée en 2003 par la Société internationale de pathologie vulvaire ¹).

C'est une **douleur chronique quotidienne** avec des « haut et des bas ».

Un événement inaugural est fréquent

- Soit somatique : candidose, infection urinaire, accouchement, intervention chirurgicale gynéco, uro ou proctologique
- Soit un évènement de vie : deuil, divorce, chômage, infidélité

Les conséquences sexuelles vont caractériser ces douleurs pelviennes

- Les femmes qui ont des douleurs auront plus de troubles du plaisir, plus de troubles de l'orgasme etc
- Tous les domaines de la fonction sexuelle sont beaucoup plus bas chez les femmes avec des douleurs chroniques pelviennes que chez les femmes non douloureuses ²
- Mais il y aura aussi des conséquences des douleurs chroniques sur le travail, les relations familiales et la vie sociale

Terminologie et classification des douleurs vulvaires

- Les douleurs vulvaires liées à une cause spécifique :
 - Infection : **candidose, herpès**, etc.
 - Inflammation : **lichen plan, dermatose bulleuse**, etc.
 - Néoplasie : maladie de **Paget, carcinome** épidermoïde, etc.

- Neuropathie : **zona, herpès**, compression médullaire, etc.
- Les vestibulites
 - Douleur diffuse
 - Provoquée (contact sexuel, non sexuel ou les deux)
 - Non provoquée (douleur spontanée)
 - Mixte (spontanée et provoquée)
 - Douleur localisée (clitoridodynie, vestibulodynie, hemivulvodynie, etc.)
 - Provoquée (contact sexuel, non sexuel ou les deux)
 - Non provoquée (douleur spontanée)
 - Mixte (spontanée et provoquée)

Les terminologies de vulvodynie, dysesthésie vulvaire et syndrome des brûlures vulvaires sont abandonnées.

Les vestibulites provoquées

- Le contact déclenchant est le **coït**, c'est donc une **dyspareunie d'intromission**.
- Il y aura un comportement **d'évitement**, donc une **perte de désir** entraînant des **troubles de la lubrification** et donc **dyspareunie**.
- Pour certaines patientes atteintes de vestibulites provoquées, cela ne sera pas uniquement le coït qui déclenchera la douleur, mais **tout contact local** pourra être évoqué comme étant douloureux. Dans la salle d'attente, elles resteront généralement debout ou assises sur une bouée, mais ces patients seront très difficiles à soigner car la douleur est leur mode de vie.
- Elles sont souvent primaires
- La localisation touche souvent le **vestibule**, la **fourchette**, l'**hymen** ou la **base des petites lèvres** latéralement

Les vestibulites spontanées

- Les atteignent souvent des femmes plus âgées
- **Toute la vulve** va être atteinte, ou seulement une zone précise (**clitoris, hémivulve**)
- Souvent les **zones adjacentes** seront également touchées : anus, vagin, urètre, vessie.
- Associé parfois à fibromyalgie, colite spasmodique, migraines, intolérance au bruit, aux médicaments etc...

DIAGNOSTIC

Il est parfois nécessaire d'avoir une approche multidisciplinaire : urologues, gynécologues, infirmières spécialisées, kinésithérapeutes ostéopathes, sexologues, sages femmes, psychologues.

A - Interrogatoire

L'Interrogatoire constitue une étape clef.

Il importe de bien définir les termes employés. Le médecin n'est pas dans la chambre à coucher.

Il faut donc utiliser des mots simples pour recueillir un maximum d'informations.

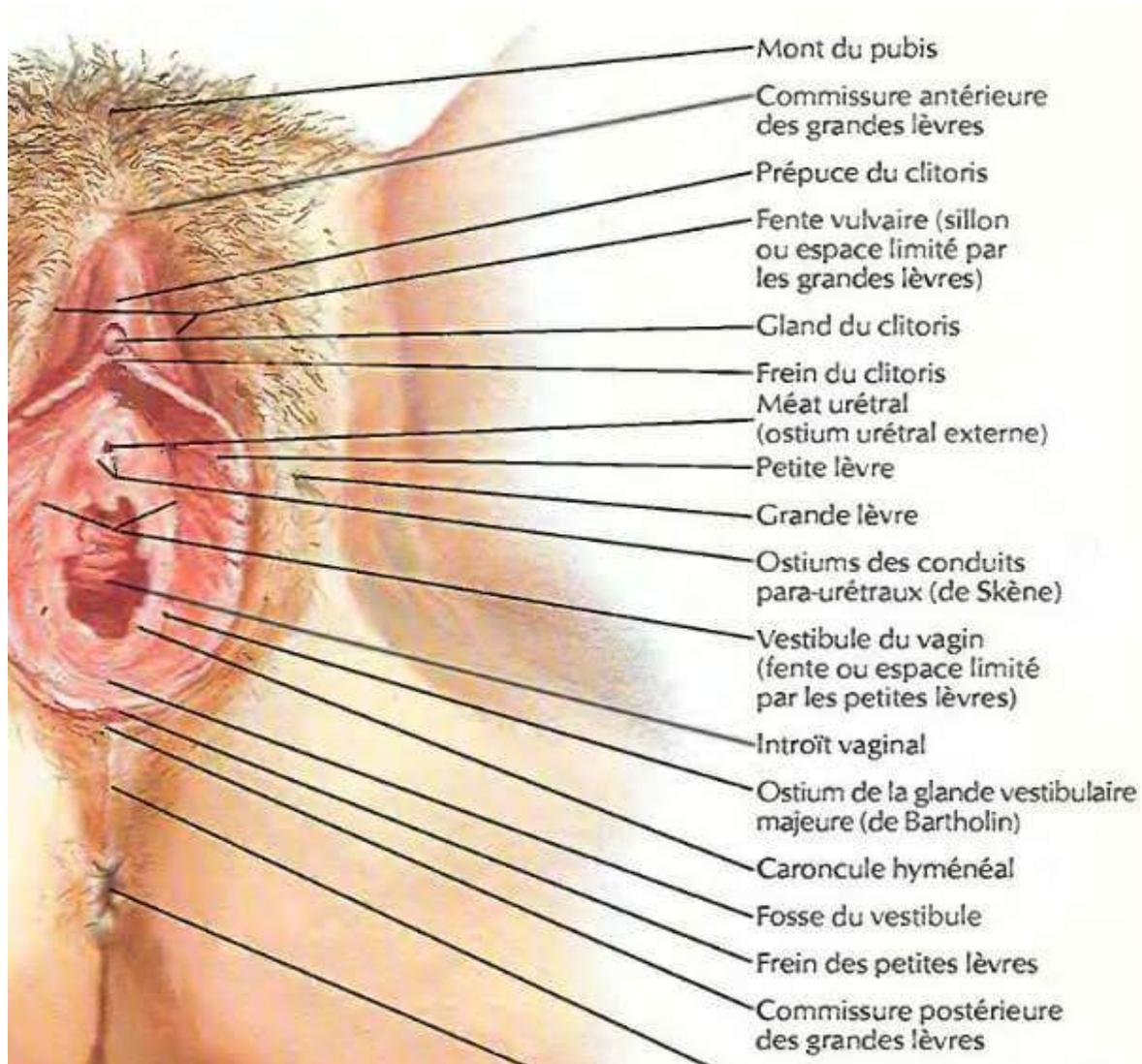
La dyspareunie est-elle :

- **Primaire** (dès les premiers rapports) ou **secondaire** (attention aux femmes qui disent qu'au début c'était très bien et qui on va dire c'est secondaire alors qu'en fait au début ils ne faisaient pas de pénétration) ?
- Liée à un **traumatisme inaugural** physique ou psychologique (« primum movens ») ?
- **Superficielle** (dès l'intromission) ou **profonde** ?
- **Latéralisée** ? De quel côté ?
- **Type de douleur** : Brulures, coupures, sensation d'abrasement ? Beaucoup ne sont pas capables de différencier...
- Est-ce que les douleurs se prolongent après le rapport et combien de temps ? Ce point est fondamental : Certaines auront des douleurs pendant seulement 10 secondes, d'autres pendant 24h . De plus si elle a mal 24h elle n'aura pas la même sexualité et au niveau du traitement si elle s'est instauré dans la douleur il faudra mettre des anti-dépresseurs
- **Irradiation** de la douleur : Charnière lombo-sacrée, irradiation anale...
- Phénomènes **d'accompagnement** : Urgence mictionnelle douloureuse après le rapport ?

B – Examen clinique

L'examen se fait de préférence en période douloureuse donc on dit à la patiente de revenir dès que les douleurs réapparaissent et on la case entre deux patients.

- Examiner en **période douloureuse** ou **24h après un rapport sexuel** si douleurs coïtales à un point précis ou accompagnées de saignements
- Bien connaître **l'anatomie de la vulve** et ses particularités morphologiques
- Rechercher des **troubles sphinctériens** mictionnels ou défécatoires et **anesthésie en selle** afin d'éliminer une lésion du plexus ou sacrée
- Éliminer une **névralgie pudendale** spontanée caractérisée par une douleur débordant la vulve, unilatérale

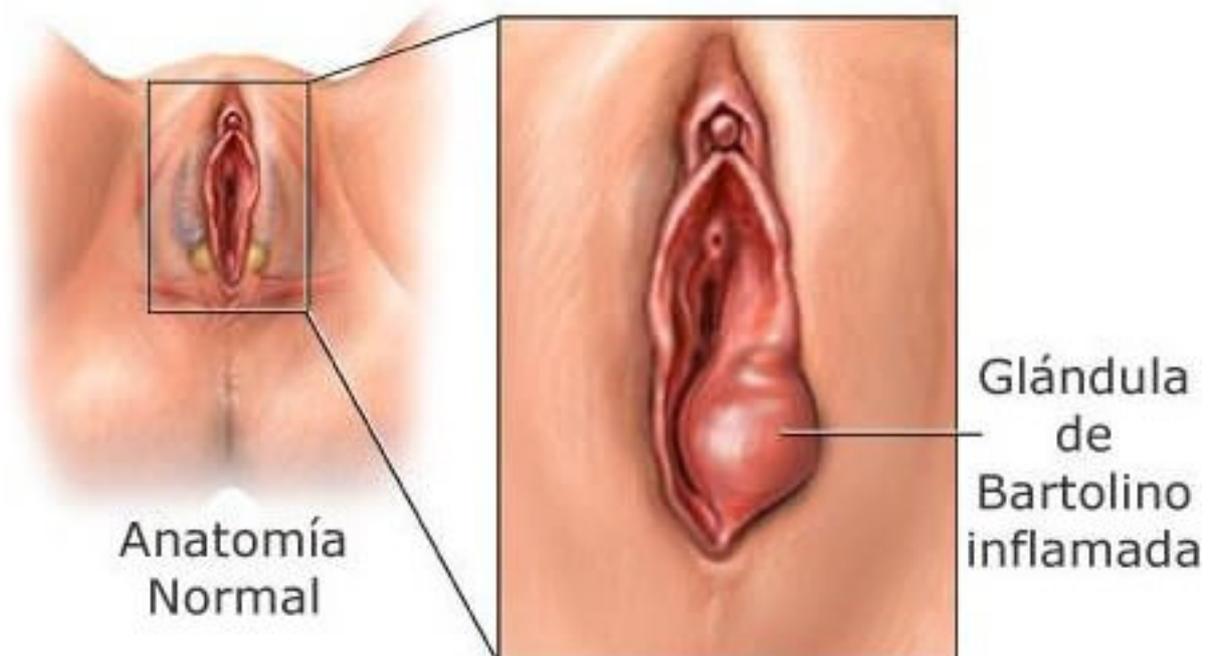


- L'examen du **Q-Tip test** (examen au coton tige) doit retrouver à la pression une douleur dite « exquise » à la pression des orifices des glandes vestibulaires.
 - On ne presse pas directement sur les glandes vestibulaires, on commence tout autour et on fini par la glande.



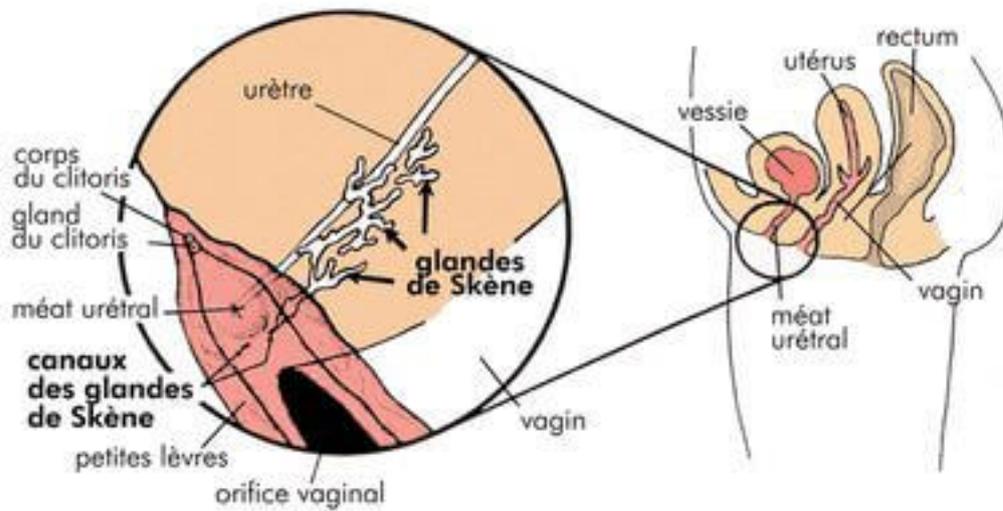
Examen au coton-tige (Q-tip test) dans les vestibulodynies. Le vestibule est testé à 2, 4, 6, 8 et 10 heures. Lorsqu'une douleur est présente, on demande au patient de la quantifier entre légère, modérée et sévère. (Haefner HK. Critique of new gynecologic surgical procedures: surgery for vulvar vestibulitis. Clin Obstet Gynecol 2000;43:689-700.)

- Si on a un colposcope on peut voir qu'elles sont tuméfiées et congestives
- Il ne faut pas les confondre avec les bartholinites qui font une grosse boule dans la lèvre. Ici ce sont des maladies inflammatoires du canal.

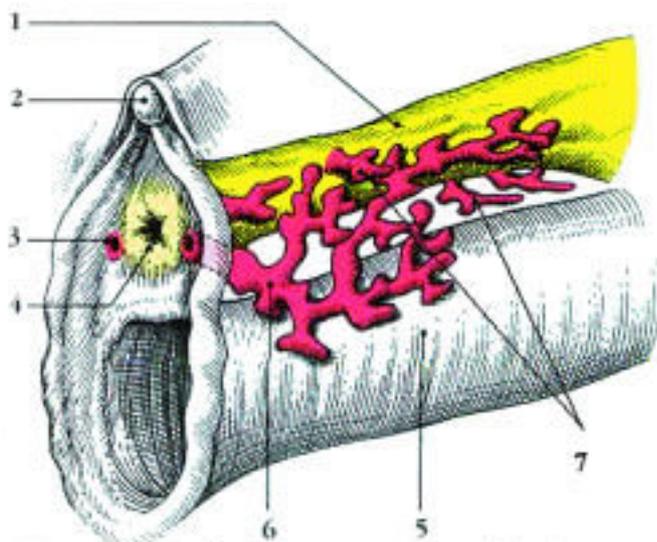


Les glandes vestibulaires sont au nombre de 4 :

- 2 glandes vestibulaires mineures ou glandes de Skene
- 2 glandes vestibulaires majeures ou glandes de Bartholin



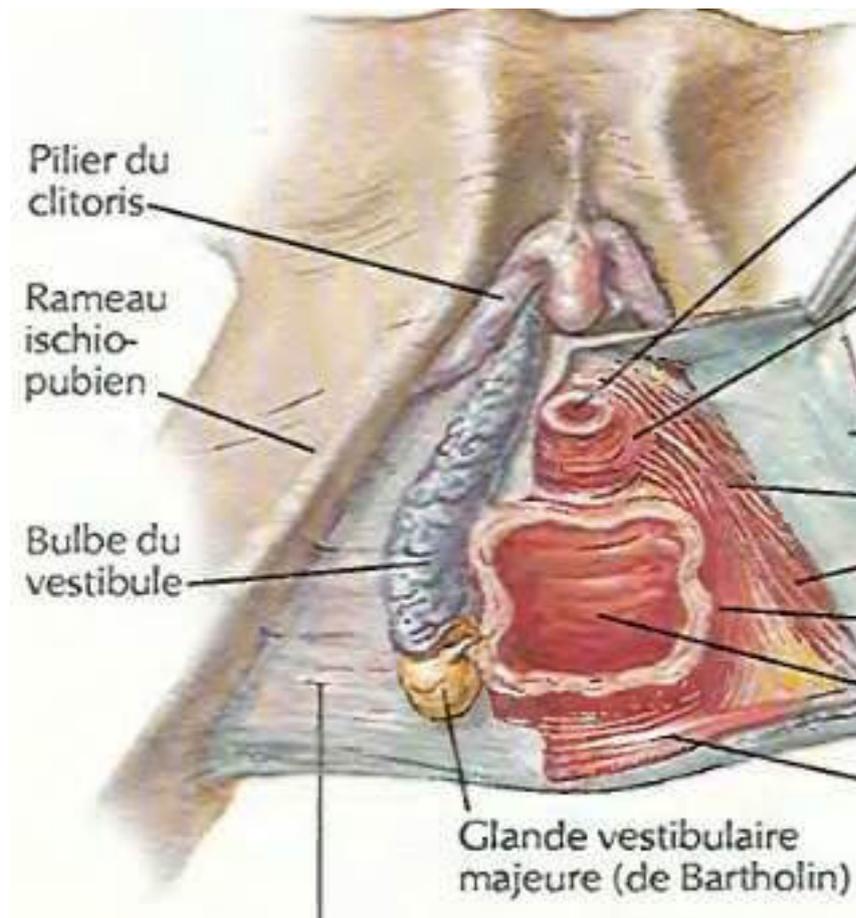
Glandes de Skène



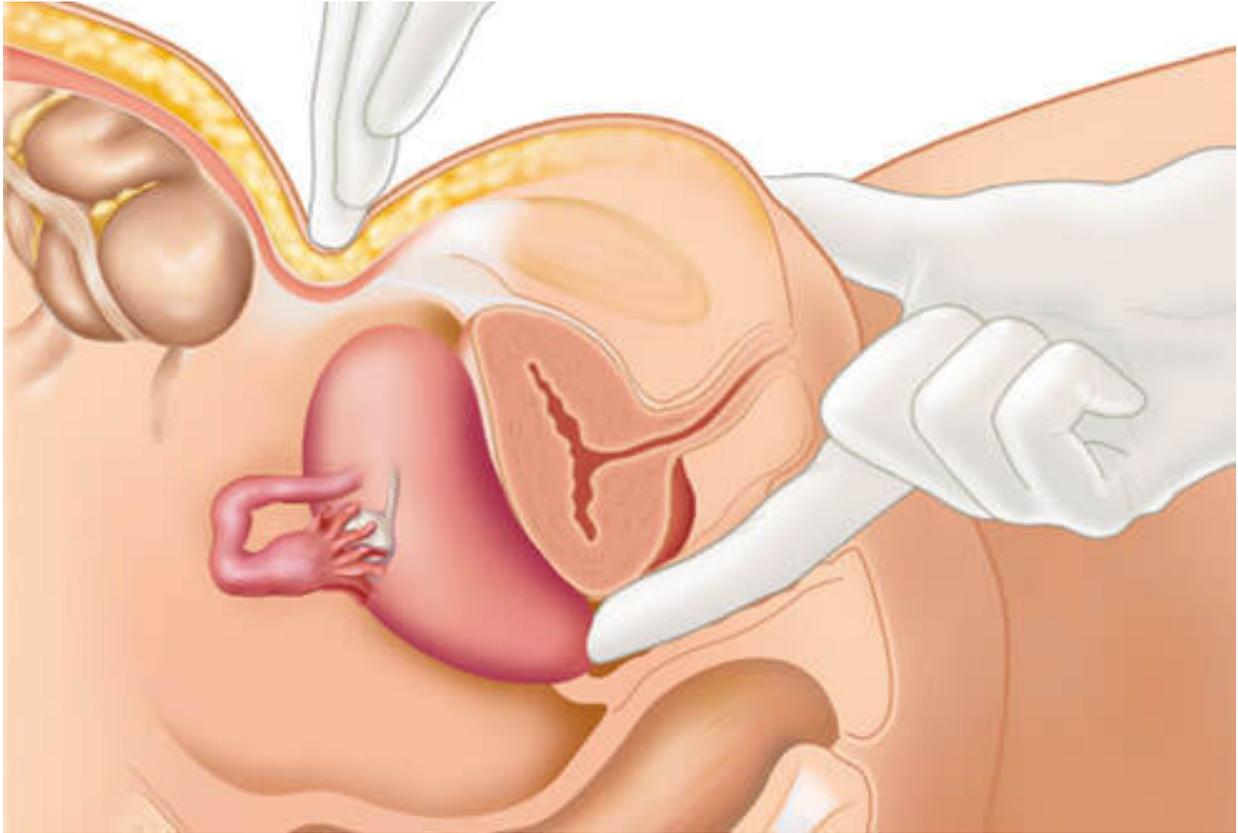
Glandes urétrales et para-urétrales

- 1- urètre
- 2- gland du clitoris
- 3- ostium du conduit de la glande para urétrale
- 4- ostium externe de l'urètre
- 5- vagin
- 6- glande para-urétrale
- 7- glandes urétrales

Glandes para-urétrales de Skène



- **L'examen du plancher des releveurs** pour rechercher un vaginisme secondaire est capital.
 - Il se pratique à 1 doigt, de manière à **palper la corde raide des releveurs** qui se situe à une phalange de la fourchette.



C - Examen au spéculum : NON

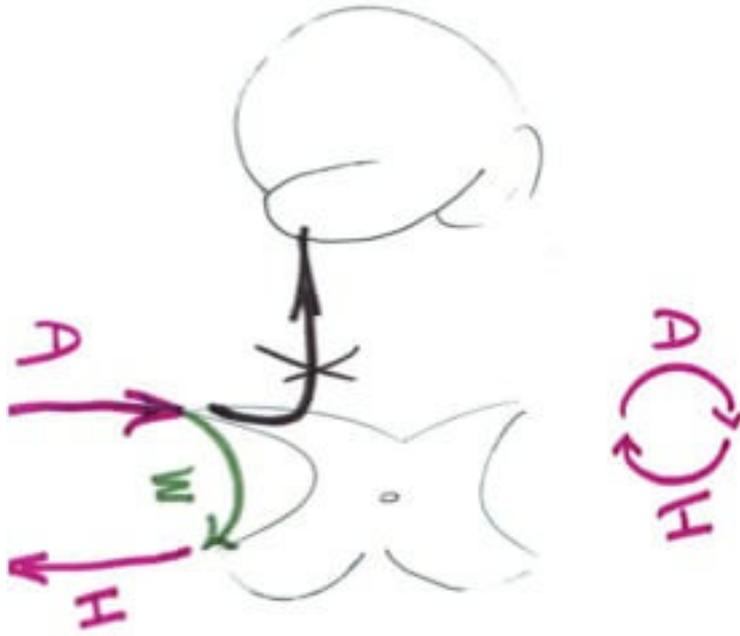
Point capital

Dès lors que l'on a diagnostiqué une vestibulite il est stupide, inutile et sadique d'imposer un examen au spéculum à la patiente.

PHYSIOPATHOLOGIE

La vestibulite (ou vulvodynie ou inflammation peri-canaire) est une **inflammation neurogène**.

Tout se passe comme si des agressions, venues de la périphérie, déclenchaient des impulsions efférentes anormales, au moins par leur intensité et leur durée, responsables des perturbations vasomotrices par un arc réflexe avec, comme voie afférente, les nerfs sensitifs ou des structures proches ; comme centre, les formations végétatives de la moelle ; et comme voie efférente, les fibres sympathiques postganglionnaires ou d'autres fibres proches.

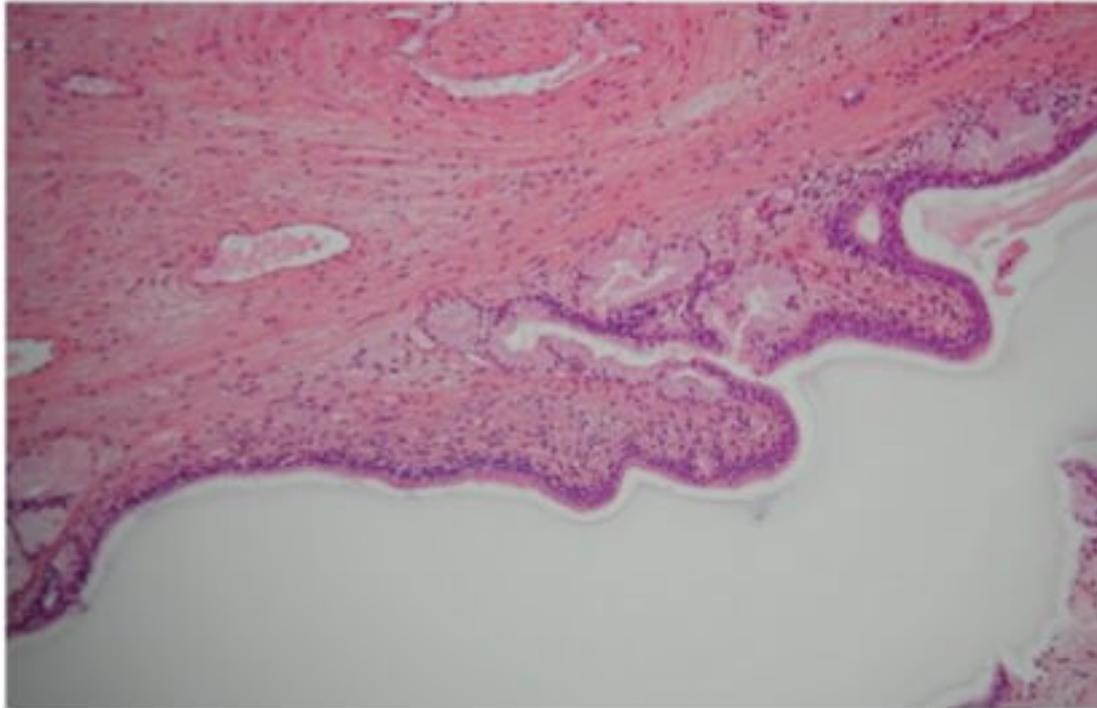


C'est la boucle dite de LERICHE, avec un circuit court passant par le système sympathique. Il y a une grande analogie entre la **vestibulite**, la **cystalgie à urines claires** et l'**algodystrophie**.

ANATOMOPATHOLOGIE

Au début quand on ne connaissait pas la vestibulite on a essayé d'opérer chirurgicalement par microchirurgie on enlevait tous les canaux et on faisait une plastie autour de la vulve. Ça n'a pas donné de super résultats avec parfois même des patientes chez qui c'était pire mais l'intérêt c'est qu'on a pu envoyer à l'anapath tout les prélèvements et on voit très bien qu'il y a un énorme manchon inflammatoire avec :

- Une inflammation péri-canaulaire
- Une vaso-dilatation en profondeur
- Un oedème interstitiel
- Un manchon Lympho-plasmocytaire



RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIQUE DES VESTIBULITES

A – Retentissement commun à toutes les douleurs chroniques médicalement inexplicables

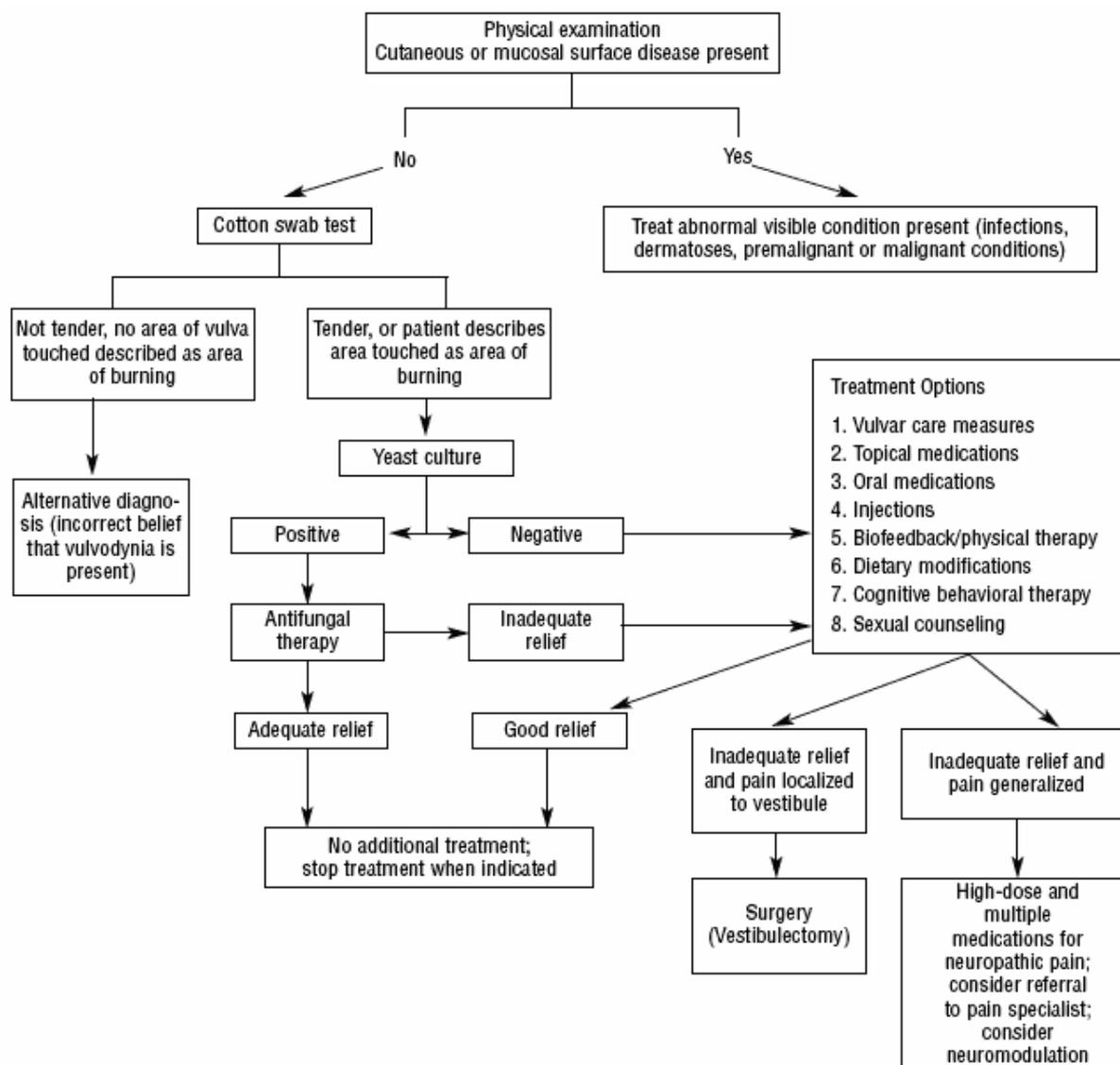
- **Anxiété** due au caractère rebelle de l'inconfort, à l'inquiétante perplexité des médecins consultés (« mon médecin ne comprends pas »), à la crainte que la douleur ne soit due à une maladie grave qui aurait échappé à la sagacité médicale.
- **Dépression** due à la limitation des activités sociales habituelles, à une impression d'incurabilité, à l'impossibilité de prévoir la durée de la maladie, à un sentiment d'incompréhension (cf. le tristement fameux : « Vous n'avez rien »).

B – Retentissement spécifique aux douleurs chroniques de la vulve

1. Pour **toutes les vestibulites**
 - Crainte d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible
 - Sensation d'être sale, « souillée », « impure ».
 - Sentiment de perte de la féminité
 - Honte
2. Pour les **vestibulites au contact**
 - Évitement des rapports sexuels
 - Évitement de certaines activités de loisir : bicyclette, équitation, piscine
 - Restrictions vestimentaires ou non
 - Réduction de la libido
 - Crainte de perdre le partenaire en raison de l'espacement voire de l'absence de rapports

- sexuels
- Vaginisme (contraction involontaire des muscles périnéaux lors de toute tentative d'intromission)
- Défaut de lubrification

PRISE EN CHARGE



Vulvodynia treatment algorithm. (Adapted from Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann EH, et al. The vulvodynia guideline. J Low Genit Tract Dis 2005;9:40–51.)

La première consultation

Les six messages de la première consultation

1. **Nommer la maladie** (vestibulite, anciennement « vulvodynie ») et expliquer que c'est actuellement le motif le plus fréquent de consultation dans les centres de pathologie vulvaire.

© <http://www.blogdunsexologue.com/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/dyspareunies-vestibulite>

2. La vestibulite n'est **pas une maladie « imaginaire »**. La douleur est réelle.
3. La vestibulite n'est **ni une maladie sexuellement transmissible ni un cancer** ni un état précancéreux
4. La vestibulite n'est **pas une maladie « incurable »**.
5. « **Ce n'est pas dans la tête** ». La vestibulite 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.**
6. Comme pour toute douleur chronique, il n'y a **pas une 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 psychothérapie nécessite une maturation qui se fait souvent au fil des consultations.

Le point de vue du patient

1. **Les écueils**
 - Le déni de la plainte douloureuse du malade
 - L'étiquetage psychosomatique
 - L'absence d'orientation du patient
 - La recherche d'une alliance thérapeutique
2. **La place du patient dans les soins**
 - Comprendre relativité de la douleur
 - Deuil de toute puissance médicale : Il faut se mettre en position basse c'est à dire ne pas leur prédire qu'on est les meilleurs et qu'on va les soigner
 - S'inscrire dans une responsabilité partagée : leur faire comprendre que ce sont eux qui vont se soigner

Le point de vue du médecin

- Croire le patient
- Eviter de rendre le patient responsable de l'échec
- Ne pas surestimer les bénéfices secondaires
- Éviter de rendre les patients dépendants
- Réinterpréter les symptômes
- Se demander « *comment* » la douleur dure plutôt que « *pourquoi* »
- Faire préciser la demande
- Établir un contrat
- Renégocier les différentes étapes

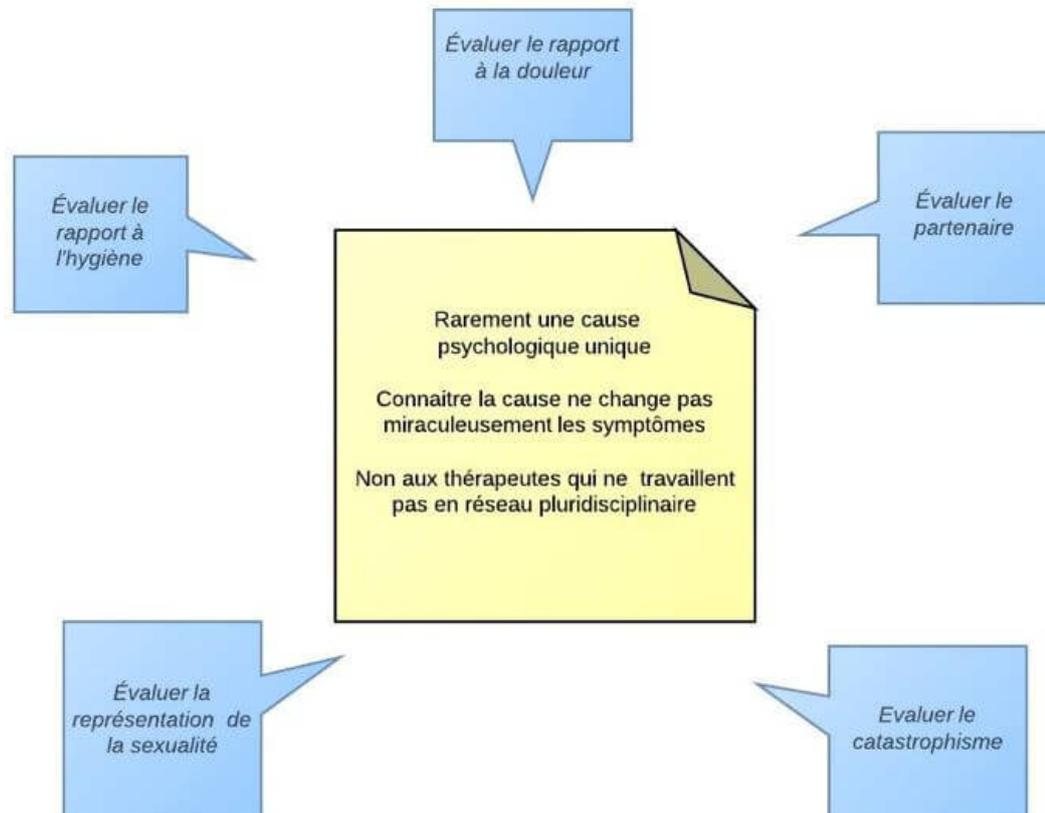
Les différentes positions des psychologues

- « Toutes des hystériques »
- « Toutes des phobiques obsessionnelles »
- « Toutes des perfectionnistes »
- « Toutes des anxieuses ou des déprimées »
- « Toutes avec un couple dysfonctionnel »

La bonne conduite à tenir

- Reconnaître que c'est rarement une cause psychologique unique
- Ne pas chercher à tout prix à connaître la cause
- Travailler en réseau

EVALUATION DES VESTIBULITES



D'après Dr. M. CHEVRET-MEASSON

Modifié par A. ZELER - <http://www.blogdunsexologue.com>

Évaluation des vestibulites. D'après M. CHEVRET-MEASSON.

1. Évaluer le rapport à la douleur

- Certaines femmes ont compris qu'il y a une douleur très intense au moment de la pénétration mais qu'ensuite le plaisir prend le pas sur la douleur et qui continuent donc à avoir des rapports
- Si cette pathologie est en constante augmentation c'est peut être que la douleur aujourd'hui n'est plus du tout tolérée

2. Évaluer le rapport à l'hygiène

- Il y a des femmes qui se lavent 4 fois la vulve par jour (meilleur moyen de choper des trucs), qui mettent des serviettes en dehors des règles ce qui aspire la lubrification, assèche la muqueuse et la rend donc plus fragile aux agressions externes

3. Évaluer la représentation de la sexualité

© <http://www.blogdunsexologue.com/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/dyspareunies-vestibulite>

4. **Évaluer le catastrophisme**
 - C'est le « docteur je n'aurai jamais d'enfant ! Je n'aurai jamais de mari ! (Alors qu'il est la juste à côté) de toutes façons je suis foutue etc... ». Si le catastrophisme est important c'est la première chose à traiter
5. **Évaluer le partenaire** ou le discours du partenaire ou ce que la patiente pense de ce que son partenaire vit
 - Il y a deux types de partenaires qui sont défavorables
 - le méchant : « tu vas pas faire ta chochette maintenant ! »
 - le trop gentil « oh non chérie je vois bien que tu as mal on va pas insister »

La prise en charge pluridisciplinaire

À la différence de la douleur aiguë, la douleur chronique ne disparaîtra pas brusquement par une intervention chirurgicale ou un médicament « miracle ».

La prise en charge doit être complète, par un ou plusieurs thérapeutes. Un traitement symptomatique ne suffit pas le plus souvent, et si ce traitement symptomatique est répété à plusieurs reprises et qu'il n'y a toujours pas de succès, cela peut même induire une résistance à toutes les thérapeutiques qui vont suivre.

La coopération de plusieurs spécialistes (urologue, gynécologue, kinésithérapeute, sexologue, psychiatre, psychothérapeute, hypnothérapeute,...) formés à cette prise en charge améliore les résultats.

Plusieurs moyens thérapeutiques vont être proposés :

1. En cas de pathologie organique, le traitement dépend de la cause bien sûr.
2. En cas de carence hormonale, le traitement général et/ou local sera mise en place s'il n'y a pas de contre indications.
3. De nombreuses méthodes ont été proposées pour lutter contre la douleur. Elles vont des analgésiques périphériques et morphiniques aux anti-dépresseurs et aux approches dites psychologiques, telles que la relaxation, l'hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales etc...
4. Comme il s'agit de troubles affectant la sphère sexuelle et psycho-affective les sexothérapies et les divers types de psychothérapies, associées aux traitements symptomatiques seront associées

C'est petit à petit que la patiente se réhabitue à vivre sans douleur. Son algie persistante fait partie d'elle-même

L'objectif n'est pas la suppression mais de la rendre supportable.

1 - Adaptation de la sexualité de la patiente

Au niveau de la sexualité on peut explorer d'autres sexualité que « prise mâle / prise femelle » : sexualité orale, changement de position surtout si il y a une position qui fait plus mal qu'une autre etc...

- Question de l'imagination réclamée mais non utilisée par les couples

- Planifier les moments de rapport sexuel quand c'est moins douloureux
- Utiliser des pack froid à mettre sur la vulve (technique américaine)
- Mettre un anesthésique local avant le rapport : le problème c'est qu'il ne faut pas l'anesthésier complètement
- Utiliser un lubrifiant hypoallergénique
- Utiliser des crèmes avec œstrogènes
- Penser aux aspects émotionnels et sociaux

2 – Prise en charge symptomatique

Pour ces femmes qui ont mal dans leur corps c'est presque toujours sur le plan somatique qu'il est nécessaire de débiter la prise en charge thérapeutique et installer la relation de confiance médecin-patiente qui va être le moteur du changement. Pour pouvoir aider ces femmes, il faut s'appuyer sur ce que l'on sait de la physiologie (et des conseils que celle-ci nous pousse à donner), et sur un certain nombre d'éclairages que la psychologie peut nous apporter. Les conseils et le soutien du médecin se doivent d'être aussi détaillés que son ordonnance.

Les anti-douleurs

Le traitement repose sur une **sédation de la douleur** d'abord et avant tout. Il faut **casser le cercle vicieux**.

- Si dyspareunie superficielle sans vulvodynies spontanées :
 - Xylocaine gel local
 - + Omega 3 PO (fonctionne contre l'inflammation)
- Si dyspareunie superficielle associée à des vulvodynies spontanées :
 - Association avec des TRICYCLIQUES : LAROXYL gouttes

Sur la durée du traitement : « 3 semaines, 3 mois ou 3 ans »

On a fait des autopsies de grand prématurés. Tous les endroits où ils ont eu des perfusions et des cathéters il y avait des corpuscules de la douleur.

Chez les anciens grand prématurés qui ont survécus les zones qui avaient eu des cathéters (notamment la fontanelle) est bourée de corpuscules de la douleur avec des tests à la douleur positifs dans ces zones.

Les anti-dépresseurs

Parmi les médicaments il y a les anti-dépresseurs. Seul l'Anafranil®, le Laroxyl®, le Tofranil®, l'Elavil® et le Prothiadène® sont doués de propriétés analgésiques (surtout dans les douleurs neurologiques).

- L'effet analgésique se manifesterait plus rapidement (3 à 7 jours) que l'effet anti-dépresseur (14 à 21 jours). La posologie optimale est en moyenne de 50 à 150 mg et la durée de la prescription doit être maintenue au moins 3 mois et quelques fois un an. (F. Lorin 2000)

- Même si des explications physiopathologiques tentent d'éclaircir le mécanisme d'action de ces produits, le mécanisme d'action des tricycliques comme des antalgiques relèvent de l'empirisme sans explications sérieuses pour l'instant.
- Quand on leur donne les ISRS il faut bien leur expliquer qu'on leur donne comme antidouleurs et pas comme antidépresseurs.

Quand nous leur prescrivons un traitement médicamenteux (Zyrtec, Lyrica, Rivotril, Derogat), nous leur expliquons que ce traitement a une action sur la douleur. Traitement qui va réduire la douleur et non la faire disparaître brusquement. Dans les bons cas les patientes découvrent ainsi « in vivo » qu'elles ne doivent plus se focaliser sur l'attente obsédante de la disparition totale de la douleur. Elles découvrent aussi qu'à certains moments la douleur n'est qu'une gêne un peu embarrassante, voire une gêne qu'elles peuvent « oublier », plutôt que de se focaliser, à tout moment, sur la vérification de la persistance de cette douleur quelle que soit son intensité.

3 - Prise en charge spécifique

Une fois que la sédation est obtenue on va pouvoir faire un traitement plus spécifique :

1. Une **rééducation** peut être entreprise en particulier si vaginisme persistant
2. Un traitement d'une **épine irritative** peut être entrepris :
 - traitement au long cours d'un lichen scléro-atrophique
 - levée d'une bride douloureuse de la fourchette : section de la bride avec plastie postérieure de glissement de la vulve



Patiente présentant une vestibulite.

Après 6 mois de traitement médical, sédation de la douleur

Au Q-TIP test sur les orifices mais persistance d'une bride de la fourchette douloureuse.



Guérison actuelle après section de la bride et plastie de glissement vaginale postérieure.

La chirurgie d'exérèse des 4 glandes vestibulaires ne se propose qu'en cas d'échec de tout traitement médical après un délai de 2 à 3 ans.

- Le chirurgien ne s'autorise cette option qu'après le feu vert du thérapeute psychiatre sexologue.
- Le chirurgien doit être spécialisé en ce domaine.
- La patiente doit être prévenue que
 - la cicatrisation des tissus qui présente une inflammation neurogène est très longue et fastidieuse car le port des sous vêtements et les pipis sont difficilement arrêtable
 - l'intervention n'est couronnée de succès que dans 83 % des cas.
 - durant toute la période post-opératoire il faut faire des soins locaux et des bains de siège au permanganate

4 - Prise en charge psychosomatique

Dans la démarche thérapeutique nous n'avons pas pour objectif de séparer les patientes « organiques » de celles considérées comme « psychogènes ».

- Pour la malade, celle-ci est un non-sens.
- Si la douleur est qualifiée de psychogène, la patiente le vit comme une non « validation », une non acceptation de sa plainte, on la prend pour une folle et on ne la croit pas.

Pour apaiser ce type de plainte il faut donc le plus souvent des consultations répétées, qui associent les moyens médicamenteux certes, mais aussi une approche médicale et psychologique, une approche psychosomatique qui aide ces femmes à percevoir les conflits sous jacents qui s'expriment par leur plainte.

Quelle psy-sexothérapie choisir ?

- Il faut avant tout un thérapeute formé dans sa technique et intéressé par les problématiques douleur et sexualité
- Plus le thérapeute a de l'expérience, meilleur il est :
 - L Luborsky, 1975 : toutes les psychothérapies se valent
 - Guérin, 1984 : 10% du résultat de la thérapie de la motivation du patient et du savoir faire du thérapeute
 - Lambert 1992 : 15% dépend des techniques
- Mais il ne doit pas se spécialiser dans un trouble car il perd de sa souplesse et curiosité
- **La technique que l'on maîtrise et à laquelle la patiente adhère sera la meilleur**

Attention au type de formation

Le DIU de sexologie est une formation sérieuse et reconnue qui dure 3 ans mais il y a certains thérapeutes qui vont juste participer à un weekend de formation et qui vont penser tout savoir après.

Ecouter la plainte

Qu'il s'agisse de frustration sexuelle qui ne peut se formuler, de désamour de soi, ou encore de difficultés relationnelles, la plainte mise en avant pouvant être alors un appel à l'aide :

- **frustration sexuelle** : souvent des femmes à qui on avait présenté le sexe comme un truc absolument génial et en fait c'était pas si extraordinaire que ça et elles n'acceptent pas que ça soit « que ça » du coup pour elle c'est douloureux
- **difficultés relationnelles** notamment en cas de violences conjugales (psychologiques) avec l'instauration de cette douleur comme moyen de protection

Informer

- Explications psycho-physiologiques du phénomène douloureux chronique et du « plan thérapeutique » progressif, quasi « rééducatif » mis en place les aide à prendre patience et les aide surtout à être plus actives elles-mêmes contre leur douleur.
- Comprendre l'idée de l'épine irritative, de la dyesthésie cutanée, de la névralgie locale ou de la micro-inflammation,

Surtout prendre conscience que :

- ce symptôme peut disparaître,
- que cela se fera très progressivement au début, beaucoup plus rapidement par la suite,
- mais que cela dépendra aussi de leur envie d'en sortir et de leur participation active dans le traitement..

Le fait de :

1. nommer
2. dire que c'est long, c'est compliqué mais on peut faire quelque chose

→ leur permet déjà de se sentir beaucoup mieux puisque jusqu'à présent on a pas arrêté de leur dire que c'était dans la tête

- Le médecin est ici comme « kinésithérapeute de l'esprit », qui peut montrer à la patiente comment se rééduquer mais qui ne peut pas faire la rééducation à sa place.
- Les femmes comprennent dans ce contexte, que les prescriptions médicamenteuses, ou les conseils donnés sont des aides à la réadaptation thérapeutique.
- Même lors de l'examen gynécologique nous leur faisons prendre conscience qu'elles peuvent diriger la contraction et la décontraction des muscles péri-vaginaux. Nous débutons par des exercices de contraction et de décontraction des mains, du visage, des cuisses, et enfin de la région vulvaire et périnéale (exercices de Kegel)

4 – Prise en charge en couple

Ne jamais délaisser le partenaire !

CAS CLINIQUE

Femme de 35 ans, vit en couple depuis 15 ans. Rencontre à 15 ans.

- 1 fille de 3 ans, accouchement « acrobatique » épisiotomie et configuration anatomique de la région modifiée dixit son mari kiné et obsessionnel.
- Nombreuses consultations avec accoucheur, gynéco qui ont affirmé que « tout finirait par rentrer dans l'ordre »
- Toujours cicatrice épisiotomie à l'esprit, toujours douleur dans les tentatives (essais) de RS.
- Démangeaisons vaginales fréquentes
- Dans son histoire elle est jumelle et a 1 sœur de 9 mois de moins donc 3 filles en 9 mois pour sa mère et 2 césariennes
- Couple parental divorcé quand les jumelles avaient 16 ans. Père alcool et violences. Divorce: un soulagement, aucune des 3 filles ne voit leur père régulièrement, elle dit « il m'indiffère ». Peut parler avec sa mère qui est « très chiant, comme une mère »
- A arrêté de parler en CM1, a redoublé, pédopsy pendant 3 ans, aucune confiance en elle , se souvient que problèmes de couple parental la perturbaient.
- Accouchement qui la terrifiait , a mis longtemps à avoir un désir d'enfant
- Dit que tant qu'elle ne se posait pas de question sur son sexe, la sexualité était satisfaisante
- CATASTROPHISME MAJEUR: tout est ruiné

- Cauchemars récurrents : elle annonce qu'elle a accouché et se me réveille en sueurs, tremblements
- De plus son mari crie quand la petite se tache, flash back avec violence du père. Elle contient sa peur que son mari frappe l'enfant. envie d'hurler

Consignes données

1. sexualité sans pénétration
2. travail corporel avec sage femme
3. rencontre avec accoucheur pour être rassurée sur possibilité de césarienne

Résultats

- Rapports changés dans le couple
- Lui est en thérapie
- Elle est enceinte
- Elle va bien
- Continue de voir la sage femme/grossesse
- Voit le thérapeute à la demande
- Travail avec la sage femme : plus de douleurs ou minimes
- Envoi par la sage femme : psychothérapie sur son histoire et peu à peu confiance en elle
- Elle va mieux et elle qui avait peur de tout va entreprendre un « tour du monde » avec son ami

CONCLUSION

La douleur est acquise alors que le plaisir est non. C'est un apprentissage. Par exemple les gens qui aiment bien la bonne nourriture et qui ressentent du plaisir en mangeant, la première fois qu'ils ont goûté du magret de canard ils ont pas forcément adoré.

L'objectif premier de la thérapie est de ne pas aggraver le symptôme par des actions chirurgicales (ou médicales), trop ponctuelles et limitées (comme le fait de prescrire uniquement des antibiotiques, des ovules ou des crèmes pendant des semaines voire des mois), sans prendre en compte le fait qu'il s'agit aussi et d'abord d'un symptôme sexuel par exemple.

Il est souvent indispensable de soulager le symptôme insatisfaction sexuelle dans son ensemble, d'autant que nous savons que le meilleur anti-douleur c'est le plaisir.

Encore faut-il pouvoir aider la patiente à cesser d'être dans la loi du tout ou rien. Loi qui la maintient dans l'attente d'une cessation complète de la douleur avant qu'elle ne s'autorise à tenter la recherche du plaisir.

La loi du tout ou rien : ce sont les patientes qui disent qu'elles referont l'amour une fois qu'elles n'auront plus de douleur, mais c'est pas « tout ou rien » et on ne peut pas ne plus avoir mal du tout.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. J Reprod Med. 2004;49:772—7. [↵](#)
2. Verit FF. J Sex Med, 2007 [↵](#)