



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Dyspareunie introïtale primaire et secondaire : contrôle clinique et chirurgical multimodal[☆]

B. Lambert (MD)^{a,*}, S. Bergeron (PhD)^b, M. Desrosiers (MA)^b,
Y. Lepage (PhD)^c

^a Département de gynécologie, hôpital Hôtel-Dieu, 3840 St-Urbain, Montréal, Québec, H2W 1T8, Canada

^b Département de psychologie, université de Montréal, Québec, Canada

^c Département de mathématiques et de statistique, université de Montréal, Québec, Canada

Disponible sur Internet le 5 décembre 2011

MOTS CLÉS

Vestibulectomie ;
Vestibulodynie ;
Dyspareunie
d'intromission ;
Maîtrise de la douleur

Résumé

Contexte. – La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'issue de la vestibulectomie sur la dyspareunie d'intromission chez un groupe de patientes traitées par physiothérapie et par sexothérapie.

Méthodes. – Un groupe de patientes vestibulectomisées entre janvier 2000 et février 2007 a été examiné afin d'évaluer la douleur coïtale avant et après l'opération, la possibilité d'avoir des rapports vaginaux et la satisfaction sexuelle. Le score de douleur moyen préopératoire était comparé au score postopératoire à l'aide d'un test de Student pairé.

Résultats. – L'âge moyen des patientes était de 23,0 ans (18–38 ans), le score préopératoire moyen sur une échelle de 1 à 10 était de $6,9 \pm 1,9$ comparativement à $3,7 \pm 3,5$ après l'opération ($p < 0,001$), les rapports vaginaux étaient possibles chez 36 patientes sur 40 (90%) du groupe total de patientes évaluables ($n = 61$) et 31 patientes sur 40 se disaient satisfaites sexuellement. Cependant, dans un sous-groupe de 25 patientes, si la vestibulodynie secondaire ($n = 16$) étaient nettement améliorée, avec un score de douleur préopératoire moyen de $7,2 \pm 1,3$ comparativement à $2,9 \pm 3,1$ après l'opération ($p < 0,001$), pour les cas de vestibulodynie primaire ($n = 9$), aucune amélioration significative n'était constatée après vestibulectomie, avec des scores moyens de $6,6 \pm 2,6$ avant l'opération comparativement à $5,2 \pm 3,4$ après l'opération ($p = 0,200$).

Conclusions. – La vestibulectomie effectuée après dix séances hebdomadaires de physiothérapie conjuguées à une sexothérapie cognitivo-comportementale semble constituer un bon traitement chirurgical de la vestibulodynie provoquée. Les facteurs psychosexuels et de couple doivent faire l'objet d'études plus poussées pour un petit groupe de cas résistants au traitement, en particulier dans les cas de vestibulodynie primaire où une thérapie psychosexuelle semble nécessaire avant d'envisager tout traitement chirurgical.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : [10.1016/j.sexol.2011.10.001](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.10.001).

[☆] This issue also include an English version: Lambert B, Bergeron S, Desrosiers M, Lepage Y. Introital primary and secondary dyspareunia: multimodal clinical and surgical control.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bernard-lambert@videotron.ca (B. Lambert).

1158-1360/\$ - see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:[10.1016/j.sexol.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.09.003)

Introduction

Le syndrome de la vestibulite vulvaire, récemment renommé dysesthésie locale provoquée ou vestibulodynie (Bergeron et al., 2001a; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Moyal-Barraco et Lynch, 2004), pose un défi nosologique ainsi que des difficultés de contrôle et de traitement. Zolnoun et al. (2006) ont fourni un excellent modèle conceptuel pour expliquer la pathophysiologie de la vestibulodynie provoquée, fondé sur trois critères: la dyspareunie introïtale, la sensibilité à tout toucher léger et l'érythème. Cependant, ce dernier facteur semble peu fiable et indépendant du problème de dysesthésie (Bergeron et al., 2001b). Les patientes décrivent la sensibilité au toucher léger comme une sensibilité aux serviettes hygiéniques, à l'insertion d'un tampon ou à tout exercice physique impliquant le périnée, comme rouler à bicyclette ou monter à cheval. Goldstein et al. (2006) et Marinoff et Turner (1991) ont signalé un niveau élevé de satisfaction chez les patientes ayant subi une vestibulectomie et un avancement vaginal dans la région périnéale.

Nous présentons dans ce rapport une étude rétrospective effectuée sur 61 patientes ayant subi une vestibulectomie. L'étude a évalué, à l'aide d'un questionnaire confidentiel par téléphone, des variables telles que la possibilité d'avoir des rapports sexuels vaginaux, la satisfaction sexuelle, l'intensité de la douleur et si les patientes recommanderaient cette procédure.

Patientes et méthodes

Les patientes ayant subi une vestibulectomie ont été opérées par B.L. entre février 2000 et février 2006. Comme les études rétrospectives, contrairement aux études prospectives, elles sont assujetties aux normes de gestion professionnelles et éthiques normales et n'ont pas besoin de faire l'objet d'une demande officielle devant le comité d'éthique. Les patientes étaient assurées qu'un anonymat complet leur serait assuré à l'aide d'un système de codage numérique seulement. Les cas étaient catégorisés selon quatre niveaux de gravité: niveau 0, relation sexuelle vaginale possible avec douleur de friction et/ou sensation de brûlure ou douleur postcoïtale deux ou trois jours après; niveau 1, relation vaginale probable pour plus de ou égale à cinq sur dix; niveau 2, relation vaginale possible pour moins de ou égale à cinq sur dix; niveau 3, relation vaginale ou intromission impossible. Ces niveaux ont été établis au cours de la première visite et des visites de contrôle ultérieures sur une échelle visuelle analogique.

Une évaluation a été effectuée à l'aide du test du coton tige, selon un mouvement dans le sens contraire des aiguilles d'une montre débutant à trois heures, en appliquant une pression légère et modérée à deux endroits; un niveau de douleur dans la fourchette de sept à cinq heures pour plus de ou égale à cinq sur dix était considérée comme un signe pathognomonique et corrélé avec le questionnaire subjectif. Un test de dilatation et d'accommodation vaginale digitale a également été effectué avec une limite de douleur à deux/trois doigts insérés de moins de ou égale à deux essais sur dix. La plupart des patientes ayant subi une vestibulectomie présentaient une réaction à la douleur de cinq à sept essais sur dix à l'insertion de deux à trois doigts.

L'étude a vérifié si les patientes avaient été victimes d'abus sexuel, mais ce facteur ne semble pas constituer un facteur dominant ou lié à la vestibulodynie: un cas d'abus sexuel subi à l'âge de 12 ans a été référé en psychothérapie et exclu pour la vestibulectomie, un autre cas qui a été opéré avec une amélioration de 85% a révélé après l'opération avoir été victime d'abus sexuel. Les spécimens pathologiques n'étaient pas discriminatoires et présentaient une inflammation négative, minimale ou chronique. Les candidates pour la chirurgie ont été sélectionnées selon des critères rigoureux: les patientes recevaient dix séances hebdomadaires de physiothérapie afin d'offrir un contrôle médical pour le syndrome (Bergeron et al., 1997) et une consultation en sexothérapie cognitive-comportementale avant de prendre la décision d'effectuer la chirurgie, et ce autant pour les femmes atteintes de vestibulodynie primaire que secondaire. Seules les patientes acceptées en chirurgie par le sexothérapeute sexuel et qui présentaient des douleurs persistantes malgré la physiothérapie ont été retenues pour la vestibulectomie (Goetsch, 2007); les autres ont été exclues.

Sous anesthésie générale, la muqueuse vestibulaire a été retirée un centimètre au-dessus et un centimètre en dessous de la ligne postérieure de Hart ou la jonction entre le vagin glycogénique ou positif à l'iode et l'épithélium vestibulaire négatif à l'iode, tel que déterminé par la coloration au Lugol (iode 5%, iodure de potassium 10%) de neuf à trois heures, incluant l'anneau hyménal. La muqueuse vaginale postérieure a ensuite été libérée et abaissée vers la ligne périnéale (Goetsch, 2007; Goldstein et al., 2006; Haefner, 2000; Traas et al., 2006). Des sutures 3-0 Caprosynⁱ par monofilaments interrompues résorbables ont été utilisées pour éviter tout rétrécissement introïtal supplémentaire. Des sutures en U ont été utilisées à sept et à cinq heures; 8 à 10 cm³ de marcaine 0,5% pour une action prolongée et de xylocaïne 2% en proportions égales ont été injectés par voie sous-cutanée à la fin de la procédure afin de diminuer la consommation de dilaudid (hydromorphone) en salle de réveil. Les rapports vaginaux n'étaient pas autorisés pendant trois mois après l'opération. Quatre semaines supplémentaires de physiothérapie, avec dilatation vaginale digitale et utilisation de dilateurs en plastique, ont été planifiées à partir de la sixième à la dixième semaine postopératoire. Une intromission progressive active avec la femme en position supérieure était alors autorisée.

Des entrevues téléphoniques ont été effectuées un à sept ans après la chirurgie, étant donné que la première année est généralement considérée comme la norme pour une réponse définitive au traitement chirurgical. Les sujets ont été déterminés selon le modèle de Traas et al. (2006): les relations vaginales sont-elles possibles? Quelle est l'intensité de la douleur coïtale? Êtes-vous satisfaite sexuellement? Recommanderiez-vous l'opération?

Analyse statistique: les résultats sont présentés à l'aide de la moyenne \pm l'écart-type. Afin d'étudier la différence entre le score de douleur moyen avant et après la chirurgie, le score préopératoire moyen a été comparé au score postopératoire moyen à l'aide d'un test de Student païré.

ⁱ Tyco Medical Canada www.tycohealthcare.com.

Tableau 1 Score de douleur (n=25).

	Âge	Durée (en mois)	Douleur pré-opératoire	Douleur post-opératoire	Valeur de t	Pertinence
Ensemble du groupe (n=25)	23,0 (18–38)	30,5 (4–84)	6,9 ± 1,9	3,7 ± 3,5	4,50	p < 0,001
Vestibulodynie secondaire (n=16)	24,0 (18–38)	24,4 (4–60)	7,2 ± 1,3	2,9 ± 3,1	5,38	p < 0,001
Vestibulodynie primaire (n=9)	21,1 (18–26)	41,3 (12–84)	6,6 ± 2,6	5,2 ± 3,4	1,38	p = 0,200

Résultats

L'âge moyen des participantes à l'étude était de 23,0 ans (18–38 ans) (Tableau 1). La durée moyenne de la vestibulodynie était de 30,5 mois (4–84 mois). Le contrôle opérationnel de la douleur a été évalué chez nos 25 patientes appariées à 6,9 ± 1,9 avant la chirurgie et à 3,7 ± 3,5 après la chirurgie (p < 0,001). Parmi les patientes ayant subi une vestibulectomie, dix ont ressenti une douleur supérieure à 3,5 et 15 (60%) une douleur inférieure à 3,5, avec aucune douleur ou une douleur très modérée. De plus, les patientes atteintes de vestibulodynie secondaire (âge moyen de 24,0 ans, 18–38 ans) témoignaient d'une nette amélioration à 7,2 ± 1,3 avant l'opération comparativement à 2,9 ± 3,1 après l'opération (p < 0,001), par rapport à celles atteintes de vestibulodynie primaire (âge moyen de 21,1 ans, 18–26 ans) à 6,6 ± 2,6 avant l'opération et à 5,2 ± 3,4 après l'opération (p = 0,200). La durée de la douleur avant l'opération était de 24,4 mois (4–60 mois) pour les cas de vestibulodynie secondaire et de 41,3 mois (12–84) pour les cas de vestibulodynie primaire.

Dans le groupe initial (n=61), les relations vaginales étaient évaluables et possibles chez 36 patientes 40 (90%), dont 31 sur 40 (77,5%) étaient satisfaites sexuellement et recommandaient la procédure. L'écart mérite de prendre en considération d'autres facteurs psychosexuels, soit d'éventuels problèmes de relation interpersonnelle ou cognitivo-comportementaux entre partenaires sexuels. En cas d'échec, on a proposé aux patientes d'utiliser une crème de xylocaine 2% deux fois par semaine en dehors du coït pendant deux à six mois et une thérapie tricyclique (désipramine 25 à 100 mg/j, avec une augmentation de la dose à raison de 25 mg aux deux semaines) pendant quatre à six mois.

Discussion

Cette étude témoigne d'une nette amélioration de la vestibulodynie secondaire provoquée ou de la douleur introïtale chez les patientes vestibulectomisées ayant suivi une physiothérapie et une thérapie sexuelle avant la chirurgie.

Les taux de succès de la vestibulectomie varient considérablement dans la littérature. Goetsch (1991) décrit un test du coton tige positif chez 78 patientes sur 210 de la population gynécologique générale et 31 (prévalence 15%) qui répondent à la définition de la vestibulite vulvaire; l'utilisation d'une crème topique de fluorouracile semble causale dans les cas les plus graves. Elle souligne de nouveau la notion de sous-déclaration et de sous-diagnostic

des dysfonctions sexuelles et insiste sur l'aspect bimodal de la vestibulite, soit par un faible seuil de la douleur chez les cas primaires par rapport aux facteurs acquis, tels que le papillomavirus, les changements hormonaux périnataux, les brûlures chimiques, éventuellement la podophylline ou le streptocoque du groupe B chez les cas secondaires. Lavy et al. (2005) obtenaient une réponse complète chez 39 patientes sur 59 (73,6%) traitées par vestibulectomie vulvaire modifiée, sept (13,2%) réponses partielles et sept (13,2%) sans réponse. Il souligne que l'élimination des symptômes par excision chirurgicale du vestibule suggère une étiologie physique au syndrome. Schneider et al. (2001) signalent une amélioration modérée à excellente chez 45 patientes sur 54 (83%), avec des améliorations supplémentaires chez sept d'entre elles après une seconde chirurgie; il souligne que 60% de ses patientes étaient des juives ashkénazes, qui ont une attitude plus libérale à l'égard des problèmes sexuels et qui par conséquent signalent avec plus de facilité les problèmes coïtaux et les interférences sexuelles. Gaunt et al. (2003), qui considèrent l'échec des traitements médicaux comme une indication d'opérer, décrivent un taux élevé de succès de la vestibulectomie chez 38 patientes sur 42 (90%) avec des scores de douleur variant de 8,9 (3–13) avant l'opération à 1,3 (0–8) après l'opération pour les patientes présentant une amélioration, et de 7,0 (3–10) avant l'opération à 7,3 (6–10) après l'opération chez les patientes dont la condition ne s'était pas améliorée (n=4).

Bornstein et al. (1997) ont observé un échec du contrôle de la vestibulodynie primaire chez des patientes atteintes de vestibulodynie spontanée et provoquée. Il a invoqué une étiologie différente pour les vestibulodynies secondaires, notamment des infections sexuelles virales et bactériennes acquises. Récemment, Bohm-Starke et Rylander (2008) ont déclaré que les cas de vestibulodynie primaire bénéficiaient moins de la vestibulectomie, avec un taux de guérison complète ou nette amélioration de 17% par rapport à 56% pour les cas de vestibulodynie secondaire (p = 0,003). Plus de recherches sont nécessaires afin de déterminer le profil des partenaires et du couple ainsi que la durée de la relation. Également, comparativement aux cas de vestibulodynie secondaire, les vestibulodynies primaires doivent être soigneusement évaluées et éventuellement traitées au moyen d'une thérapie psychosexuelle avant de recourir à toute forme de chirurgie.

Les limites de l'étude sont attribuables à la présence de facteurs psychosexuels impliqués dans le processus sexuel et aux difficultés souvent rencontrées pour pondérer quantitativement leur effet sur la réponse sexuelle. Bien que nous ayons exclu les cas de vaginisme, des facteurs

tels qu'un seuil de tolérance inférieur à la douleur, des niveaux d'anxiété et d'appréhension plus élevés, une plus grande somatisation et une moins bonne image corporelle justifient une consultation/un traitement de sexothérapie préalable et conditionnel à l'opération. Les patientes opérées semblaient souvent vulnérables et se montraient critiques à propos de l'état et de la guérison de leur vulve, de la persistance des points de suture et de caroncules hyménaux. Granot et Lavee (2005) font état d'une augmentation de la perception de la douleur systémique par la douleur locale. Dans ce sens, nos patientes étaient vues rapidement au début de la période postopératoire pour toute question, détresse, anxiété ou douleur vulvaire anormale.

Conclusion

La vestibulectomie semble apporter une aide et un soulagement importants aux patientes et aux couples en détresse. De plus, amples recherches sont nécessaires pour évaluer la dynamique des partenaires et l'affect personnel des patientes touchées.

Qui plus est, les patientes atteintes de vestibulodynie primaire posent une difficulté réelle pour déterminer si la chirurgie est indiquée; ces patientes ainsi que le couple devraient faire l'objet d'une enquête avant d'envisager toute résection vestibulaire.

Néanmoins, cette procédure semble justifiée et efficace dans les cas de vestibulodynie secondaire pour maîtriser la douleur à l'entrée du vagin chez les patientes sélectionnées à l'aide d'une physiothérapie préliminaire préopératoire et d'une thérapie sexuelle.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

B. Lambert a effectué l'essentiel de cette étude et opéré chirurgicalement les patientes. Y. Lepage a effectué les mathématiques statistiques et conçu la structure de l'échantillon. S. Bergeron et M. Desrosiers ont entièrement révisé le manuscrit sur la forme et le contenu. Nous soulignons le soutien et la contribution de Micheline Daneau qui a aidé à récupérer les documents d'archives et à effectuer la compilation clinique. M. Campeau et L. Levasseur ont aidé au travail de secrétariat et à la révision finale du manuscrit.

Financement : Les auteurs n'ont reçu aucun financement extérieur dans le cadre de cette recherche et étude.

Références

- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibule. *Pain* 2001a;91:297–306.
- Bergeron S, Binik Y, Khalifé S, Kelly P, Howard G. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001b;98:45–51.
- Bergeron S, Bouchard C, Fortier M, Binik YM, Khalifé S. The surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a follow-up study. *J Sex Marital Ther* 1997;23(4):317–25.
- Bohm-Starke MD, Rylander E. Surgery for localized, provoked vestibulodynia. A long-term follow-up study. *J Reprod Med* 2008;53:83–9.
- Bornstein J, Goldzik Z, Stolar Z, Zarfati D, Abramovici M. Predicting the outcome of surgical treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 1997;89(5):695–8.
- Gaunt J, Good A, Stanhope CR. Vestibulectomy for vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 2003;48(8):591–5.
- Goetsch M. Surgery combined with muscle therapy for dyspareunia from vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 2007;52(7):597–603.
- Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynaecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(6):1609–16.
- Goldstein AT, Klingman D, Christopher K, Johnson C, Marinoff SC. Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: outcome assessment derived from a postoperative questionnaire. *Sex Med* 2006;3(5):923–31.
- Granot M, Lavee Y. Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther* 2005;31(4):285–302.
- Haefner HK. Critique of new gynecologic surgical procedures: surgery for vulvar vestibulitis. *Clin Obstet Gynecol* 2000;43(3):689–700.
- Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health. His or hers. *Psychol Bull* 2001;127(4):472–503.
- Lavy Y, Lev-Sagie A, Hamani Y, Zacut D, Ben-Chetrit A. Modified vulvar vestibulitis: simple and effective surgery for the treatment of vulvar vestibulitis. *Eur J Obstet Gynecol reprod Biol* 2005;120(1):91–5.
- Marinoff SC, Turner MLC. Vulvar vestibulitis syndrome: an overview. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1228–33.
- Moyal-Barraco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD Terminology and classification of vulvodynia. A historical perspective. *J Reprod Med* 2004;49:772–7.
- Schneider D, Yaron M, Bukovsky I, Soffer Y, Halperin R. Outcome of surgical treatment for superficial dyspareunia from vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 2001;46(3):227–31.
- Traas MAF, Bekkers RLM, Dony JMJ, Blom M, van Haren AWP, Hendriks JCM, et al. Surgical treatment for the vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 2006;107(2):256–62.
- Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W. Steege: a conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *J Obst and Gyn Survey* 2006;61:395–401.