Troubles vulvaires

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique

Volume 25 (13), novembre 2017

INTRODUCTION

Les troubles vulvaires comprennent un ensemble d'affections génitales ayant des causes variées et affectant les femmes de tout âge. Ces troubles sont particuliers en ce sens qu'ils ne sont pas visibles pour l'entourage alors qu'ils ont un retentissement significatif sur le bien-être psychosexuel et physique de la femme qui en est atteinte. Étant donné que les symptômes initiaux peuvent être très peu spécifiques, une prise en charge efficace devient particulièrement difficile.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de diagnostiquer et de prendre en charge les affections vulvaires les plus courantes;
- de repérer les signes d'alarme et de savoir quand il convient de commander une biopsie ou d'orienter la patiente;
- de diagnostiquer et de prendre en charge la vulvodynie.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3

Commentaires des histoires de cas 12

Collaborateurs et déclarations 15

Références bibliographiques 16

Annexes 19

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Bella, G0P0, âgée de 20 ans

Bella consulte à cause de symptômes prurigineux, « une sensation d'enflure » et une douleur lorsqu'elle essuie la région vulvaire. Ces symptômes la dérangent depuis un mois. Elle a essayé des traitements anti-levures par voies orale et topique en vente libre. Ceux-ci l'ont un peu soulagée, mais les symptômes sont vite réapparus. Bella fréquente la même personne depuis trois mois et utilise des préservatifs comme moyen contraceptif. Ses menstruations sont régulières, l'écoulement sanguin est modéré à abondant et dure quatre jours. Ses dernières menstruations, il y a trois semaines, étaient normales pour elle.

Quels autres renseignements pourraient être utiles?

Deuxième partie

Bella est en bonne santé et n'a pas d'antécédents d'affection dermatologique ou de maladie inflammatoire de l'intestin. Elle n'utilise pas de spermicide ni de lubrifiant. Elle n'a pas utilisé de nouveaux produits d'hygiène et utilise toujours des préservatifs similaires (sans spermicide). Elle n'a pas d'antécédents familiaux de troubles auto-immuns ou dermatologiques. Dans le passé, Bella avait présenté des symptômes similaires, qui se sont résolus soit spontanément, soit avec un antifongique en vente libre. C'est la première fois que son affection « dure aussi longtemps ». Elle n'a jamais vraiment observé de lésion ni de plaie. L'irritation commence à affecter sa vie sexuelle; ses relations sexuelles sont inconfortables.

L'examen révèle une vulve érythémateuse et quelques petites abrasions superficielles, mais l'absence d'érythème vaginal. On observe un léger écoulement vaginal blanc. La peau périanale semble normale. On n'observe aucune autre lésion cutanée.

Quelle pourrait être votre approche dans le cas de Bella?

Troisième partie

Bella revient deux semaines plus tard pour le suivi. Le résultat de l'analyse de dépistage d'une infection était négatif. Elle a essayé ce que vous lui aviez recommandé (p. ex., hygiène vulvaire, antifongique différent), mais son état ne s'est pas beaucoup amélioré.

Quelles pourraient être les étapes suivantes si Bella ne répond pas au traitement?

Cas numéro 2 : Maria, G2P2, âgée de 65 ans

Maria consulte à cause d'une irritation vulvaire et d'un prurit qui durent depuis six mois environ. Elle utilise de la gelée de pétrole et un onguent de bacitracine/polymyxine pour soulager les symptômes. Ses tests de Pap ont toujours été normaux. Maria est ménopausée depuis l'âge de 52 ans, mais elle n'a jamais pris d'hormonothérapie substitutive. Elle est autrement en bonne santé. Elle présente une hypothyroïdie et prend Synthroid à 0,1 mg par jour. Son taux de TSH a été mesuré il y a trois mois : il était dans l'intervalle normal. Avant le décès de son époux, Maria a eu le même partenaire sexuel pendant 40 ans; elle n'a pas été active sexuellement depuis. Récemment, ses symptômes de démangeaisons et de brûlure se sont aggravés.

Quels autres renseignements pourraient être utiles?

Deuxième partie

Maria fume un demi-paquet de cigarettes par jour. On a mesuré récemment son taux d'HbA1C : il était normal. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de trouble auto-immun (y compris l'alopécie). Elle ne présente pas d'écoulement vaginal ou d'irritation vaginale, et n'utilise pas de douches vaginales ou d'autres produits d'hygiène féminine. Elle utilise un léger savon non parfumé lorsqu'elle se douche. Maria n'a pas de problème de pollakiurie ou de sensation de brûlure à la miction, mais occasionnellement, elle souffre d'incontinence d'effort et porte une petite mini-serviette presque tous les jours. L'examen vaginal révèle une atrophie du vagin. Les résultats de son examen anal sont normaux. L'examen vulvaire révèle les résultats suivants (image à droite).



Quelle pourrait être votre approche dans le cas de Maria?

En quoi votre approche serait-elle différente si vous aviez remarqué une lésion pigmentée comme celle observée sur cette photographie?



Troisième partie

Malheureusement, la maladie d'un membre de sa famille a empêché Maria de venir à son rendez-vous de suivi deux mois plus tard, mais elle revient six mois plus tard. Bien qu'elle ait suivi toutes vos recommandations, y compris l'application d'œstrogène topique et des consignes générales en matière d'hygiène, elle n'a observé aucun changement de ses symptômes et de son état de santé. Un examen physique a révélé qu'elle présente maintenant manifestement plus de plaques blanches sur la vulve.

Quelles mesures pourriez-vous prendre par la suite?

Quatrième partie

Voici le rapport de la biopsie : « Résultats en faveur d'un lichen scléreux et atrophique. Aucun signe de dysplasie. »

Comment pourriez-vous continuer le suivi de Maria?

Cas numéro 3 : Valentine, G0P0, âgée de 32 ans

Valentine consulte à cause d'une dyspareunie persistante depuis six mois. Depuis deux ans, elle vit une relation monogame stable avec un partenaire de sexe masculin; elle prend des contraceptifs oraux. Ses menstruations sont un peu abondantes et durent environ sept jours. Elle est sensible au latex. Ses antécédents comprennent des « infections à levures » récurrentes, mais elle n'a passé une analyse par écouvillonnage qu'une seule fois. Valentine pense que son problème actuel a débuté à la suite d'un de ces épisodes. Elle ne présente pas d'écoulement vaginal inhabituel. Elle utilise un savon pour laver la région génitale; elle n'utilise pas de douche, de vaporisateur ou de crème. Son état de santé général ne révèle rien de particulier, et elle ne présente aucun antécédent familial significatif. Le résultat de son dernier test de Pap, réalisé il y a un an, était normal. Elle n'a jamais eu d'ITS et ne fume pas.

Quels éléments additionnels de l'anamnèse pourraient être utiles?

Deuxième partie

Valentine décrit la dyspareunie comme une douleur superficielle au moment de la pénétration, mais l'absence de douleur pendant la pénétration en profondeur. Elle ne présente aucun symptôme vésical. Elle décrit la douleur comme une sensation de brûlure et ne peut utiliser de tampons à cause de la douleur associée à leur insertion. Elle mentionne des antécédents de dépression à l'université, mais elle ne pense pas que ce soit un problème actuellement. Valentine affirme ne pas avoir d'antécédents de sévices ou de traumatisme, et pense vivre dans une relation de soutien avec son partenaire. Ce problème a toutefois un retentissement significatif sur sa vie sexuelle, car elle a constaté une diminution de sa libido. À l'examen, l'aspect de sa région vulvaire est normal. Valentine éprouve de la douleur à l'insertion d'un petit spéculum, mais le résultat d'un examen visuel limité est normal. Le test de pression d'un écouvillon en coton (application d'une pression avec un coton-tige) provoque une douleur à la pression du vestibule en position 2, 6 et 10 heures. Vous n'avez pas réussi à effectuer un écouvillonnage cervical à cause de l'inconfort, mais Valentine accepte de passer une analyse d'urine pour le dépistage de la gonorrhée et de *Chlamydia* (GC/CT). Ce résultat, de même que celui d'un écouvillonnage vaginal pour le dépistage d'une infection à levures/vaginose bactérienne/trichomonase sont par la suite négatifs.

Comment aborderiez-vous une discussion sur la dyspareunie avec Valentine?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Les troubles vulvaires peuvent affecter les femmes de n'importe âge[1]; leurs symptômes initiaux sont souvent très aspécifiques et leur cause multifactorielle, ce qui rend particulièrement difficile leur prise en charge efficace[2]. La douleur vulvaire chronique (durée > 3 mois) peut être classée comme un trouble spécifique (voir les tableaux 1, 2) ou idiopathique (vulvodynie)[3]; parfois, les femmes sont atteintes des deux troubles. Il arrive aussi que les symptômes du vaginisme et ceux de la cystite interstitielle se chevauchent (voir Renseignements généraux, point 22).

2. Des sondages réalisés dans la collectivité ont montré une prévalence d'environ 20 % des symptômes vulvaires majeurs, qui comprennent le prurit, la douleur ainsi que des modifications de l'anatomie, de la couleur et de la texture de la peau[2]. Étant donné que les symptômes vulvaires peuvent ressembler à ceux d'infections vaginales, ils peuvent générer des dépenses se chiffrant à des millions de dollars pour l'achat de produits vaginaux et de traitements anti-levures inutiles[4]. Les antécédents d'automédication peuvent aussi contribuer à la persistance des symptômes[2].

3. L'évaluation appropriée des affections vulvaires en soins primaires comprend une anamnèse exhaustive, l'examen clinique, des tests microbiologiques et possiblement une biopsie[5].

Anamnèse et examens

4. D'après l'opinion d'experts, l'anamnèse standard en cas de troubles vulvaires doit inclure un vaste éventail de questions portant sur les caractéristiques et les répercussions de symptômes précis, des aspects gynécologiques, dermatologiques et pharmacologiques, ainsi que sur les traitements topiques déjà essayés et les antécédents familiaux de maladies auto-immunes. L'annexe 1 décrit plus en détail les composantes de l'anamnèse recommandée[2,4,6].

5. Les affections cutanées chroniques peuvent avoir des répercussions négatives non seulement sur la santé biologique d'une femme, mais également sur sa santé psychosexuelle et sociale[7]. Il serait important d'étudier les antécédents psychosociaux afin de relever toute dysfonction sexuelle et tout problème de bien-être, et d'évaluer le risque d'ITS [preuves de niveau faible][2]. Il est essentiel de demander à la patiente la permission de discuter de ses antécédents sexuels même si ce consentement peut paraître évident[8-10]. Il conviendrait de commencer par le Conseil pour la discussion proposé, puis de poser des questions plus directes pour faciliter la discussion[9,11].

Conseil pour la discussion

« Nous avons l'habitude de discuter de la santé sexuelle avec toutes nos patients. » Est-ce que je peux vous poser quelques questions?

- ☐ Avez-vous des relations sexuelles?
- ☐ En quoi vos symptômes ont-ils affecté votre vie sexuelle?
- ☐ Avez-vous des questions ou des problèmes de nature sexuelle dont il serait utile que vous discutiez avec moi?

6. On pourrait envisager un test de dépistage d'une maladie thyroïdienne ou du diabète si cela est indiqué sur le plan clinique [preuves de niveau très faible – opinion d'experts][2].

Conseil de l'examinateur nº 1 : Beaucoup de femmes atteintes de symptômes vulvaires chroniques emploient différents termes pour décrire leur inconfort – brûlures, démangeaisons, douleurs, etc., ce qui ne permet pas de distinguer facilement les affections cutanées uniquement à partir des symptômes. De plus, la plupart de ces affections peuvent causer une dyspareunie. Il pourrait être utile d'utiliser une méthode systématique en cinq étapes pour l'examen physique : peau, anatomie, inflammation, lésions, atteinte vaginale.

Tableau 1. Troubles vulvaires, symptômes courants et complications

Affection vulvaire	*Démangeaisons*	*Sensation de brûlure/douleur*	*Changements de la texture cutanée*	*Changements anatomiques*	*Inflammation*	*Écoulement vaginal*	*Dysurie externe*	*Asymptomatique*	*Complications*
Névrodermite circonscrite	X	X	X		X		X		Une infection secondaire/des érosions dues au grattage peuvent être la cause des brûlures, de la douleur, du saignement ou de la difficulté à dormir.
Lichen plan	X	X	X	X	X	X	X	X	Cicatrisation, atteinte vaginale, ulcérations buccales; apparition d'un CS† (le risque peut atteindre 3 %). Un saignement peut survenir durant les relations sexuelles.
Lichen scléreux	X		X	X	X			rare	CS† (risque réel : 2-4 %); pseudo-kyste clitoridien : atteinte de l'architecture, rétrécissement, fusion du capuchon clitoridien : dysfonction sexuelle. Le rétrécissement de l'orifice vaginal externe est courant à cause de la fusion de la petite lèvre (grave); changements liés au jet urinaire.
Eczéma vulvaire	X		X		X		X		Infection secondaire.
Psoriasis vulvaire	X		X	X	X		X		Peut être exacerbée par l'irritation provoquée par l'urine, le port de vêtements serrés ou toute friction.
NIV*	X		X	X	X		X	X	Apparition d'un CS† (~9-18,5 %); récurrence et évolution vers un cancer après le traitement; répercussions psychosexuelles.
Vestibulodynie – provoquée		X			X		X		Dysfonction sexuelle; morbidité psychologique.
Vestibulodynie non provoquée/ mixte		X					X		

** NIV = néoplasie intraépithéliale vulvaire; † CS = carcinome squameux*

7. En présence de démangeaisons vulvaires, d'une douleur vaginale, d'une douleur durant les relations sexuelles, d'une dysurie et/ou d'un écoulement vaginal anormal, il est important d'écarter la candidose vulvovaginale (CVV). À l'examen physique, il se peut que les observations soient subtiles, et qu'un écoulement vaginal minime soit présent[12]. Une CVV récurrente peut s'atténuer pendant les menstruations et s'exacerber une semaine auparavant[13]. La CVV se traite par des antifongiques topiques ou des antifongiques par voie orale, qui sont tous deux aussi efficaces.
   - Une faible proportion des cas de CVV peuvent être dus à des espèces différentes de *Candida*, qui ne répondent pas aux antifongiques mais répondent à l'acide borique (600 mg – une gélule par voie vaginale une fois par jour insérée dans la partie supérieure du vagin pendant 14 jours)*[2]. Les espèces différentes de *Candida* peuvent être détectées en culture, mais il faut généralement en faire la demande précise sur le formulaire.
   - Il a été montré que la vulvodynie pouvait être provoquée par des infections à levures lorsque les mastocytes sensibilisent le système nerveux périphérique par l'entremise de cytokines, ce qui produit une hyperinnervation, une hyperesthésie et une allodynie (voir Renseignements généraux, point 19)[14,15].

   *L'acide borique peut être préparé en pharmacie sous forme de gélule; il est sans danger lorsqu'il est administré par voie vaginale, mais il est contre-indiqué durant la grossesse. L'acide borique est TOXIQUE s'il est pris par voie orale.

Prise en charge générale des troubles vulvaires

8. L'information des patientes, les modifications comportementales et un suivi régulier sont des méthodes essentielles pour assurer une maîtrise efficace des symptômes des patientes et la prise en charge de leur affection[16].

9. L'hygiène vulvaire comprend les étapes suivantes [preuves de niveau faible][1,17] (voir aussi page 2 du Feuillet d'information destiné aux patientes) :
   - Éliminer tout irritant possible repéré.
   - Éviter tout contact avec du savon, du shampooing, du bain moussant, des détergents, des assouplisseurs, etc. Ne pas trop laver ou frotter la vulve. L'utilisation de substituts du savon, avec ou sans émollients généraux correspondants (tels que des matières grasses végétales, une huile neutre comme celle de noix de coco ou une gelée de pétrole naturelle) pourrait rétablir la fonction de barrière de la peau.
   - Éviter le port de vêtements serrés et synthétiques qui peuvent irriter la région affectée.
   - Éviter les préservatifs lubrifiés avec des gels spermicides, et envisager d'essayer des préservatifs sans latex.
   - Se rincer immédiatement après la natation. Éviter les piscines et les cuves thermales traitées au chlore.
   - Envisager d'appliquer des compresses froides sur la vulve et de rincer la région avec de l'eau après la toilette[18]. L'incontinence fécale peut aussi causer une inflammation de la vulve[6].
   - Éviter le papier hygiénique recyclé, qui peut augmenter l'exposition aux produits chimiques à cause du processus de recyclage.
   - Utiliser un cycle de rinçage additionnel lors du lavage des sous-vêtements.
   - En cas d'incontinence, utiliser seulement des serviettes pour incontinence et non des mini-serviettes ou des serviettes hygiéniques qui peuvent contenir du plastique et des voiles (aérosecs) synthétiques tissés. Utiliser une crème d'oxyde de zinc comme barrière en cas d'humidité chronique.

TYPES DE TROUBLES VULVAIRES

Dermatoses vulvaires

10. Les dermatoses vulvaires désignent un ensemble d'affections inflammatoires entraînant des démangeaisons chroniques ou récurrentes et de l'inconfort ou de la douleur, notamment en présence d'érosions, d'ulcérations ou de fissures[19]. Il est important de distinguer ces dermatoses des maladies infectieuses ou néoplasiques qui peuvent avoir des tableaux cliniques similaires[20]. Le tableau 2 décrit le diagnostic différentiel chez les patientes qui consultent à cause de démangeaisons ou d'une irritation vulvaires chroniques.

Tableau 2. Diagnostic différentiel en présence d'une dermatose vulvaire[6]

Affections inflammatoires (infectieuses)	• Vaginites, vaginoses : candidose, trichomonase • Vulvites : *tinea cruris*, herpès simplex, autres ITS • Verrues génitales dues au virus du papillome humain
Affections cutanées inflammatoires (non infectieuses)	• Dermatite d'irritation/de contact, dermatite allergique, eczéma, psoriasis
Affections dermatologiques spécifiques	• Affections lichénoïdes : lichen scléreux, lichen plan • Purpura vulvaire chronique
Troubles systémiques ayant des manifestations vulvaires	• Lupus, maladie de Crohn, hidrosadénite (affection cutanée chronique rare)
Troubles auto-immuns	• Maladie de Reiter, maladie de Behçet, maladie de Crohn, LÉD, troubles entraînant la formation d'ampoules (p. ex., pemphigoïde – rare, plus courant chez les personnes âgées)
Lésions précancéreuses	• Dysplasie épidermoïde de grade élevé/néoplasie intraépithéliale vulvaire (NIV) (habituellement un type différencié)
Cancers	• Mélanome in situ/mélanome, carcinome basocellulaire • Carcinome squameux invasif de la vulve (souvent très prurigineux – peut se manifester par des plaques d'aspect rugueux, ouvertes ou ressemblant à des verrues)
Atrophie	• Après la ménopause • Après un accouchement et pendant l'allaitement (les deux répondent à l'œstrogène topique)

11. Les causes moins courantes comprendraient[16] :
    - Érythrasma : affection cutanée qui se propage lentement (ressemble à une infection fongique, mais elle est causée par *Corynebacterium minutissimum*) surtout dans les régions corporelles chaudes comme les aisselles et l'aine. Il donne une fluorescence rose corail en lumière de Wood et répond habituellement à la crème d'acide fusidique ou à l'érythromycine.
    - Vaginite inflammatoire desquamative (vaginose cytolytique) : affection grave et rare, touchant principalement les femmes en périménopause; elle peut ressembler au syndrome urogénital de la ménopause (autrefois appelé vaginite atrophique); l'écoulement est généralement fluide, purulent et parfois vert[21,22]. Pour le diagnostic, le pH vaginal doit être > 4,5 et une microscopie avec saline doit révéler un ratio de cellules inflammatoires/épithéliales supérieur à 1:1[23].
    - Tumeur maligne rare : angiomyxome, carcinome verruqueux et maladie de Paget extramammaire. En présence de cette maladie, la vulve peut avoir un aspect rouge eczémateux et être le siège d'un adénocarcinome sous-jacent. Le diagnostic de ces affections repose sur la biopsie.

12. Les patientes s'autotraitent souvent par des produits en vente libre pour une CVV présumée. Lors d'une étude menée aux États-Unis auprès de 95 femmes ayant acheté un antifongique en vente libre à cause d'une CVV, le diagnostic réel de CVV était exact dans seulement 33,7 % des cas. Lors de cette étude, la co-infection par une vaginose bactérienne, une trichomonase ou GC/CT était courante[24]. Les femmes présentant une récurrence des symptômes quelques mois après un autotraitement doivent être encouragées à consulter en personne pour une évaluation clinique. La probabilité d'un autodiagnostic exact ne s'est pas révélée supérieure en cas de diagnostic antérieur d'une infection à levures posé à la suite d'un écouvillonnage[25].

13. Lorsque le diagnostic ne peut être établi sur le plan clinique, une biopsie vulvaire serait considérée comme la méthode de référence[26].

Prise en charge de la dermatite

14. On peut traiter l'inflammation par une corticothérapie topique de courte durée, en commençant par un stéroïde de puissance moyenne (mométasone ou bétaméthasone à 0,05 %) [preuves de niveau très faible, opinion d'experts][27-29]. Étant donné qu'il est important que les patientes sachent où appliquer l'agent et la quantité de produits qui est bénéfique, il serait utile de fournir un diagramme ou une photographie d'un cas clinique réel de la région affectée[30]. Une unité phalangette

équivaudrait à environ 1 gramme et doit recouvrir toute la vulve. En général, on conseille aux patientes de n'appliquer qu'environ la moitié d'une unité phalangette. Une quantité de 30 grammes devrait durer environ trois mois dans le cadre d'un traitement avec diminution graduelle de la dose. Le respect des directives d'hygiène vulvaire contribuera à réduire au minimum l'exposition aux agents causaux[12] (voir Renseignements généraux, point 9 et page 2 du feuillet d'information destiné aux patientes).

15. Envisager d'effectuer un test épicutané chez les femmes atteintes de dermatite vulvaire lorsque la cause n'est pas claire malgré une évaluation clinique pouvant inclure une biopsie [preuves de niveau faible]. Des études menées auprès d'un petit nombre de patientes dont la sélection n'était pas uniforme ont montré que 26 à 80 % des femmes présentant des symptômes vulvaires obtiennent au moins un résultat positif au test épicutané[2]. Les allergènes pertinents les plus courants sont les produits cosmétiques, les médicaments topiques et les agents de conservation. L'hypersensibilité allergique à la polymyxine B et à la bacitracine-zinc est rare, mais certains cas ont été rapportés. Si on soupçonne une allergie, il faut arrêter l'utilisation de l'agent en cause[31]. Un résultat négatif au test épicutané ne permet pas d'écarter une irritation vulvaire (par opposition à une allergie réelle) causée par des produits topiques. Les patientes doivent absolument s'efforcer d'éliminer les irritants [preuves de niveau très faible, opinion d'experts].

Troubles lichénoïdes

16. Les troubles lichénoïdes sont des maladies encore mal comprises, censées être associées à des troubles auto-immuns[12]. En présence de symptômes cliniques, les femmes atteintes de lichen plan ou de lichen scléreux sont exposées à un risque accru d'une autre maladie auto-immune [preuves de niveau modéré]; la probabilité qu'un proche au premier degré soit aussi atteint d'un trouble auto-immun est d'environ 30 % (voir l'annexe 2 pour en savoir plus sur le diagnostic et le traitement)[2].

Lésions pigmentées

17. Les lésions pigmentées peuvent avoir plusieurs causes, notamment : hyperpigmentation physiologique, nævus, mélanose (lentiginose), acanthosis nigricans, tumeur maligne ou hyperpigmentation postinflammatoire due à une maladie cutanée inflammatoire (p. ex., lichen plan), traumatisme, traitements dermatologiques ou éruption fixe due à certains médicaments (p. ex., AINS, acétaminophène, tétracycline, barbituriques). Étant donné que les lésions pigmentées sont moins courantes sur la peau de la région génitale qu'ailleurs, le seuil de décision avant d'effectuer une biopsie à l'emporte-pièce de 3-5 mm doit être inférieur. Environ 3 % de tous les mélanomes apparaissent dans la région génitale, et représentent 8 à 10 % de toutes les tumeurs malignes génitales[34].

Conseil clinique : Il faut effectuer une biopsie de toute lésion pigmentée de la vulve, sauf si la patiente et/ou le clinicien savent que la lésion est stable depuis un certain temps.

Vulvodynie

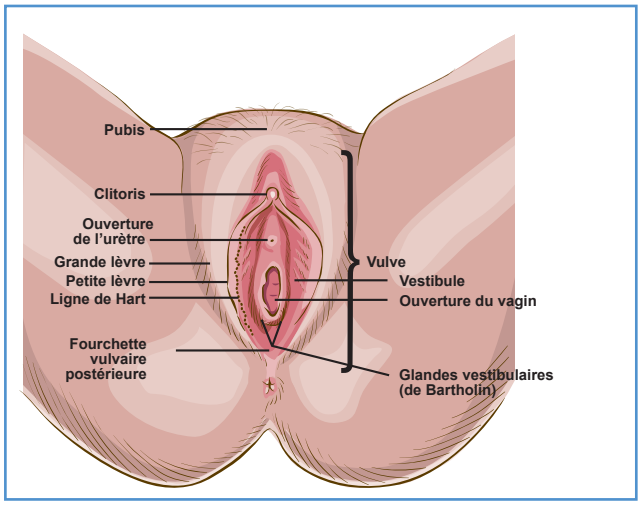
18. La vulvodynie affecte les femmes de tous les âges; sa prévalence à vie est estimée à 8 %. Elle est définie comme une douleur vulvaire durant au moins trois mois, sans cause clairement identifiable, qui peut être associée à certains facteurs[3,35]. Les descripteurs associés suivants permettent de la classer de façon plus précise[8,36] :
    - Localisée (p. ex., vestibulodynie, clitorodynie) ou généralisée ou mixte (localisée et généralisée).
    - Provoquée (p. ex., à la suite d'une insertion, d'un contact) ou spontanée ou mixte (provoquée et spontanée).
    - Moment de l'apparition (principalement durant la première pénétration vaginale ou consécutive à cette dernière).
    - Type de fréquence (intermittente, persistante, constante, immédiate, retardée). Bien que la douleur semble de type neuropathique, aucune source de cette douleur n'a été repérée dans le système nerveux central ou périphérique.

19. La physiopathologie sous-jacente de la vulvodynie est incertaine, mais elle semble être liée à une sensibilisation périphérique et centrale, ou consécutive à un traumatisme ou à une inflammation des tissus vulvaires, par exemple à la suite d'une infection[37]. « La sensibilité pelvienne peut être secondaire à une lésion et/ou à une inflammation » touchant les organes ou les muscles pelviens; les femmes souffrant de vulvodynie se sont avérées plus sensibles à la douleur dans la région vulvaire. Il a également été montré que les femmes souffrant de vulvodynie présentaient « une sensibilité vésicale », une urgenturie, une pollakiurie ou une sensation de brûlure[7]. Certaines études ont montré une augmentation du nombre de cellules inflammatoires et de la densité des terminaisons nerveuses dans le vestibule.
    - Les autres facteurs possiblement associés à la vulvodynie comprennent des facteurs génétiques, hormonaux, musculosquelettiques (p. ex., muscles pelviens hyperactifs, syndrome myofascial, facteurs biomécaniques) et

psychosociaux (p. ex., humeur, adaptation, fonction sexuelle, responsabilités) [preuves de niveau modéré][3]. Il est important de noter que la prévalence des sévices sexuels ne semble pas supérieure en cas de vulvodynie comparativement à la population générale[7].

20. Compte tenu de l'absence de test définitif de dépistage de la vulvodynie, le diagnostic est essentiellement posé par exclusion, ce qui exige un examen et une culture[8]. Bien que cette méthode ne soit pas normalisée, un écouvillon en coton ou un coton-tige humidifié est souvent utilisé pour évaluer la vulvodynie provoquée (VDP), laquelle est le tableau clinique le plus courant, et pour confirmer l'emplacement des zones douloureuses au niveau de la vulve. La figure 2 décrit l'anatomie concernée.
    - Commencer par les zones les moins susceptibles d'être symptomatiques (telles que l'extérieur des cuisses) et avancer vers le vestibule. Le coton-tige doit toucher cinq points dans le vestibule – le côté droit et le côté gauche de l'urètre (glandes de Skene), l'ouverture des glandes de Bartholin (droite et gauche) et la fourchette vulvaire postérieure. Il s'agit donc de toucher le vestibule à 2, 4, 6, 8 et 10 heures.
    - On établit la présence d'une douleur en observant la réaction des patientes, en leur demandant de répondre par oui ou non à des questions ou en leur demandant d'évaluer toute douleur sur une échelle de 1 à 10[18,38]. Si une femme n'est pas à l'aise de passer l'examen pelvien, ce pourrait être une occasion propice à l'apprentissage en lui permettant d'observer l'examen avec un miroir portatif et de poser des questions sur l'intervention.

Figure 2. Diagramme pour le test au coton-tige[35]



21. Dans le cadre d'un sondage américain mené par la National Vulvodynia Association (NVA), il a été rapporté que 45 % des femmes souffrant de vulvodynie présentaient au moins l'une des cinq affections douloureuses chroniques suivantes : syndrome du côlon irritable (25,3 %), cystite interstitielle (17,5 %), fibromyalgie (12,6 %), syndrome de fatigue chronique (8,1 %) ou endométriose (9,8 %)[39]. Les autres troubles concomitants comprennent la lombalgie, les céphalées et la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire[8]. La fréquence de la vulvodynie est quatre fois plus élevée chez les femmes présentant des troubles de l'anxiété ou de l'humeur par rapport à celles qui ne sont pas atteintes de ces troubles[3].

22. En revanche, le vaginisme est un spasme douloureux du tiers extérieur du vagin causé par la contraction involontaire de la musculature vaginale; il est généralement suffisamment grave pour empêcher les relations sexuelles[40]. Le vaginisme ne cause PAS de douleur en l'absence de pénétration. Il est considéré comme un trouble douloureux sexuel dans le DSM-V, qui a proposé de le reclasser comme un « trouble douloureux génito-pelvien/lié à la pénétration »[41]. Étant donné que la dyspareunie a également fait l'objet d'un processus de reclassification, il est évident qu'il peut y avoir un chevauchement de diagnostic entre le vaginisme et la vulvodynie. D'un point de vue pratique, les femmes atteintes des deux affections peuvent réagir au test du coton-tige (mais dans le cas du vaginisme, la réaction peut être due à une contraction involontaire du muscle plutôt qu'à une douleur), et ces deux affections peuvent être concomitantes. Certaines données probantes montrent aussi que les méthodes thérapeutiques efficaces peuvent être similaires.

Conseil de l'examinateur nº 2 : Malgré ce chevauchement, les caractéristiques suivantes peuvent aider à distinguer le vaginisme de la vulvodynie.

- Il est plus probable qu'une vulvodynie soit en cause lorsque la douleur est provoquée par un contact vulvaire (vêtements serrés, chaises dures, déplacements cahoteux en autobus), si la douleur a des caractéristiques neuropathiques ou si elle persiste après les relations sexuelles.
- Il est plus probable que le vaginisme soit en cause lorsque la femme a l'impression que son partenaire sexuel « se heurte à un mur » dans le vagin ou lorsque la douleur s'atténue lorsque la femme se détend ou prend une boisson alcoolisée.

23. Malgré le manque de recherches de bonne qualité permettant d'orienter la sélection d'un traitement efficace, le tableau 3 résume les traitements recommandés à la suite du 4e congrès de l'International Consultation on Sexual Medicine (ICSM) de 2016 ainsi que les niveaux de preuves à leur appui. La plupart des recherches étaient axées sur le traitement de la VDP.

Tableau 3. Recommandations de l'ICSM et niveaux de preuves à l'appui pour la prise en charge de la vulvodynie[38]

Recommendation	*Niveau de preuves*
Interventions psychologiques (p. ex., TCC) Physiothérapie – réadaptation du plancher pelvien, étirements, utilisation de dilatateurs vaginaux, rétroaction biologique Vestibulectomie pour la VDP ***après l'essai d'autres options thérapeutiques moins effractives***	***Modéré***
Capsaïcine ***seulement…*** • si d'autres traitements échouent • en remplacement d'une intervention chirurgicale • Remarque : La sensation de brûlure était un effet secondaire chez toutes les patientes des études. Toxine botulinique de type A comme traitement de deuxième intention jusqu'à la publication de nouvelles données probantes Traitement interdisciplinaire (en attendant d'autres études prouvant l'efficacité et permettant d'en déterminer les composantes optimales)	***Faible***
Acupuncture	***Très faible***

24. Les traitements suivants sont appuyés par des données contradictoires, mais ils sont recommandés par les lignes directrices d'Europe et du Royaume-Uni pour la prise en charge des affections vulvaires : lidocaïne topique (onguent à 5 % ou gel à 2 % appliqué avant la pénétration, mais retiré juste avant), amitriptyline à 10-100 mg au coucher et gabapentine ou prégabaline. Les recommandations concernant ces deux derniers médicaments proviennent principalement d'une extrapolation de leur efficacité dans le contexte d'autres affections douloureuses chroniques. Il n'y a pas suffisamment de données probantes à l'appui d'une pharmacothérapie par un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine ou du recaptage de la sérotonine/norépinéphrine pour le traitement de la vulvodynie[37]. Les corticostéroïdes topiques ne sont *pas* recommandés à cette fin[38,42,43].

25. Étant donné que le traitement optimal de la vulvodynie n'est pas clair, il faudrait envisager une méthode axée sur la patiente pour prendre en charge toutes les répercussions physiques et émotionnelles de l'affection vulvaire. Il sera important de passer en revue les risques et les effets secondaires de toutes les options thérapeutiques ainsi que les données probantes limitées à leur appui. Le traitement peut exiger un effort pluridisciplinaire (p. ex., conseillers, psychologues, physiothérapeutes, cliniciens expérimentés dans le traitement de la douleur) lorsque ces ressources sont disponibles[12].

Femmes ménopausées

26. Bien que les symptômes vulvaires soient courants chez les femmes ménopausées, les femmes de ce groupe d'âge sont peu susceptibles de consulter à cause de leurs symptômes; elles sont encore moins nombreuses à recevoir un traitement. Si la majorité des maladies vulvaires sont associées à des symptômes comparables à ceux d'autres affections, les patientes ménopausées consultent souvent à cause d'un motif principal (p. ex., démangeaisons ou douleur/irritation)[44]. Chez les femmes de ce groupe d'âge, les symptômes d'irritation génitale concernent le plus souvent la vulve et non le vagin[45].

27. L'âge et le déficit en œstrogène des femmes ménopausées augmentent leur sensibilité aux irritants dans la région vulvaire. Le déficit en œstrogène diminue la flore de lactobacilles, ce qui augmente le pH cutané et affaiblit ainsi l'activité antimicrobienne de la peau. Il se produit également une diminution de la production de lipides, ce qui ralentit la guérison après une lésion et augmente le risque d'infection[44]. Une crème d'œstrogène topique (œstrogènes conjugués ou œstrone) peut être utilisée pour traiter l'atrophie vulvaire et vaginale associée à la ménopause. Avec ces deux produits, on recommande une faible dose initiale (0,5 g par application quotidiennement) pendant deux semaines, puis une diminution graduelle jusqu'à la plus faible dose efficace. La crème peut être appliquée directement sur la vulve. On peut également utiliser un anneau vaginal contenant une faible dose d'œstrogène ou des comprimés gynécologiques d'œstradiol (Vagifem)[46]. Bien que ces produits puissent procurer un soulagement inférieur au niveau de la vulve, certaines femmes trouvent la crème irritante[47,48].

28. La sensation de brûlure, les démangeaisons vulvaires, les douleurs durant les relations sexuelles et la dysurie peuvent être liées au syndrome urogénital de la ménopause (nouvelle terminologie de la vaginite atrophique)[3]. Bien que cette affection touche principalement les femmes ménopausées, elle peut survenir à n'importe quel âge lorsque le taux d'œstrogène diminue (p. ex., pendant l'allaitement ou la prise de certains médicaments comme le leuprolide). Chez les femmes prenant une faible dose de contraceptifs oraux combinés (20 µg d'œstrogène ou moins), envisager de substituer une dose supérieure (30 µg) [preuves de niveau très faible – opinion d'experts]. Le traitement substitutif à base d'œstrogène local est également efficace en présence de symptômes urinaires liés à la ménopause[12].

29. Il est important que les prestataires de soins primaires envisagent aussi les ITS en tant que diagnostic et soumettent les femmes âgées à un test de dépistage. Dans le cadre d'une enquête téléphonique menée aux États-Unis, 46 % des femmes âgées de 50 à 59 ans et 20 % de celles âgées de 60 à 94 ans étaient actives sexuellement. En réalité, les femmes de ce groupe d'âge pourraient présenter un risque accru d'ITS (en particulier les « nouvelles célibataires »), à cause d'une sensibilité accrue aux infections (p. ex., changements atrophiques)[49]. Bien que l'incidence des ITS (*Chlamydia*, gonorrhée, syphilis) soit faible chez les femmes âgées (60 ans et plus), le taux de ces infections est en hausse. Il se peut que les femmes âgées ne soient pas conscientes de la nécessité et de la raison de l'utilisation d'un préservatif puisqu'elles ne se soucient pas des aspects contraceptifs[50,51].

30. Le carcinome squameux (CS) est plus courant chez les patientes âgées, le risque à vie étant de 5 %. Il peut être associé au lichen scléreux et au lichen plan (voir les tableaux 1, 3). Le CS peut s'accompagner de démangeaisons, de saignement, d'une masse, d'une ulcération qui ne guérit pas ou d'autres symptômes qui ne répondent pas au traitement[44].

31. La NIV a été associée au virus du papillome humain (VPH) et représente environ 90 % de tous les cancers vulvaires[52]. Le diagnostic est établi principalement à la suite d'une inspection visuelle avec biopsie subséquente.

Biopsie

32. Lorsqu'un examen clinique suffit à poser un diagnostic, la réalisation d'une biopsie cutanée en présence des dermatoses vulvaires courantes est appuyée par très peu de données probantes. Toutefois, une biopsie peut être utile en cas d'incertitude clinique entourant le diagnostic ou en cas de non-réponse au traitement. Toutes les zones atypiques ou suspectes doivent être soumises à une biopsie dans le but d'écarter une maladie invasive[2]. Dans ces cas, la patiente peut également être orientée vers un service de colposcopie.

33. Les biopsies cutanées peuvent être réalisées sans danger en consultation externe, sous anesthésie locale[2]. La méthode la plus courante consiste en une petite biopsie à l'emporte-pièce de Keyes de 3-5 mm[26] (en évitant le capuchon clitoridien ou la zone avoisinant l'urètre). En présence de lichen scléreux ou de lichen plan, il est préférable d'effectuer une biopsie par rasage ou une biopsie cutanée exsangue refermée par une suture ou une solution topique[26]. Dans l'idéal, les patientes doivent avoir arrêté les stéroïdes plusieurs semaines avant la biopsie.

Conseil de l'examinateur nº 3 : Bien qu'il soit possible de cautériser les biopsies avec du nitrate d'argent et de les panser avec un onguent sans recourir à une suture, elles guériront plus vite et en causant moins de douleur si elles sont suturées.

Pour visualiser une biopsie de la vulve, regardez cette vidéo sur YouTube (en anglais) :
https://www.youtube.com/watch?v=w5gCoXXY0AI.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Étant donné que les signes et les symptômes des troubles de la vulve peuvent être dus à des maladies infectieuses ou néoplasiques, il est nécessaire de poser un diagnostic clair après l'examen et d'effectuer des cultures pour veiller à ce que le traitement soit adéquat et optimal.
- Les troubles lichénoïdes exigent un traitement par des corticostéroïdes topiques de puissance modérée à ultra-élevée.
- Il est crucial d'informer les patientes sur l'hygiène de la vulve pour que l'irritation ne s'aggrave pas.
- Il n'existe pas actuellement de traitement optimal de la vulvodynie fondé sur des données probantes. Une approche axée sur la patiente doit tenir compte des répercussions physiques et émotionnelles de l'affection.
- La biopsie vulvaire, qui est réalisée en consultation externe, est considérée comme la méthode de référence permettant d'écarter une maladie invasive ou d'établir le diagnostic lorsqu'un diagnostic clinique est impossible à poser.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Bella, G0P0, âgée de 20 ans

Quels autres renseignements pourraient être utiles?

Une anamnèse approfondie est nécessaire (Renseignements généraux, points 3, 4; annexe 1). À ce stade, le diagnostic différentiel est vaste (dermatologique, systémique, infectieux, etc.) (Renseignements généraux, point 10, 11; tableau 2).

Il conviendrait de s'enquérir des types de traitement en vente libre essayés par Bella (pour savoir s'ils ont été utilisés correctement/efficacement) et de savoir si elle a constaté une amélioration depuis son cycle menstruel (Renseignements généraux, points 2, 12; annexe 1). Il serait important de savoir comment ces symptômes ont affecté sa vie et sa relation (Renseignements généraux, point 5; Conseil pour la discussion; annexe 1).

Deuxième partie

Quelle pourrait être votre approche dans le cas de Bella?

Étant donné que Bella a un nouveau partenaire sexuel, il serait prudent de prélever des écouvillonnages vaginaux/cervicaux dans le but de déterminer la présence d'une ITS (gonorrhée, *Chlamydia*, trichomonase), d'une vaginose à levures ou d'une vaginose bactérienne. En présence de zones ouvertes ou de vésicules sur la vulve, il conviendrait d'effectuer une culture virale pour le dépistage de l'herpès (Renseignements généraux, points 7, 10; tableau 2). Il conviendrait d'envisager un test de grossesse.

Il serait utile de lui offrir des conseils sur l'hygiène vulvaire, y compris l'élimination de tout irritant vulvaire, ainsi que sur l'utilisation adéquate et efficace d'un agent antifongique ou de l'acide borique (Renseignements généraux, points 9, 12; Feuillet d'information destiné aux patientes). Vous pourriez envisager d'essayer un autre traitement antifongique (p. ex., clotrimazole ou de le remplacer par l'acide borique). Un suivi quelques semaines plus tard serait raisonnable pour passer en revue ses résultats et sa réponse au traitement.

Troisième partie

Quelles pourraient être les étapes suivantes si Bella ne répond pas au traitement?

Vous avez écarté les maladies infectieuses. Il faudrait envisager d'arrêter tous les traitements topiques et de n'utiliser qu'une crème ayant une fonction de barrière. Une autre méthode consisterait à faire un court essai d'un corticostéroïde topique (Renseignements généraux, point 14). Vous pourriez commencer par un corticostéroïde de puissance modérée comme la valérate de bétaméthasone en crème à 0,05 %, appliquée une ou deux fois par jour (annexe 2). Si on continue de soupçonner une dermatite vulvaire, il faudrait envisager un test épicutané ou l'orientation de la patiente chez un allergologue (Renseignements généraux, point 15), si un tel spécialiste est disponible.

Cas numéro 2 : Maria, G2P2, âgée de 65 ans

Quels autres renseignements pourraient être utiles?

Une anamnèse complète est nécessaire, en particulier en ce qui concerne l'incontinence urinaire et les symptômes évoquant une atrophie (p. ex., irritation et sécheresse vaginales) (Renseignements généraux, points 27, 28). Il faudrait s'enquérir des tests de dépistage récents du diabète étant donné que le lichen scléreux et la candidose à répétition sont plus courants dans le contexte du diabète (annexe 2).

Deuxième partie

Quelle pourrait être votre approche dans le cas de Maria?



On ne peut distinguer facilement cet aspect de celui de l'atrophie postménopausique. Cependant, une méthode systématique permettant de décrire les changements vulvaires révèle (voir l'image et le Conseil de l'examinateur nº 1) :

- Peau : léger blanchiment des plis interlabiaux.
- Anatomie : perte de définition du pli interlabial avec aplatissement de la grande lèvre gauche.
- Inflammation : aucune inflammation évidente.
- Lésions : aucune lésion distincte.

Le diagnostic est centré sur la modification de l'anatomie qui, dans ce cas, évoque un lichen scléreux au stade initial.

Cependant, il se peut que ces symptômes soient multifactoriels (p. ex., lichen scléreux, atrophie vaginale, allergie aux mini-serviettes, irritation chimique liée à son incontinence ou à ses infections) (Renseignements généraux, points 1, 9).

Bien que l'allergie aux crèmes antibiotiques en vente libre telles que la bacitracine/polymyxine (Polysporin) soit rare, ce traitement pourrait être arrêté (Renseignements généraux, point 12). Maria pourrait cependant continuer d'utiliser de la gelée de pétrole. Elle devrait aussi arrêter d'utiliser des mini-serviettes qui contiennent des barrières en plastique, et utiliser des serviettes pour incontinence uniquement lorsqu'elles sont absolument nécessaires (Renseignements généraux, point 9, Feuillet d'information destiné aux patientes). Il serait important de discuter avec Maria de ses préférences pour la suite du traitement/de la thérapie. Vous pourriez lui proposer quelques options telles qu'un traitement empirique de l'atrophie par de l'œstrogène topique. Il serait raisonnable de prescrire une crème d'œstrogène ou des comprimés gynécologiques d'œstradiol (p. ex., Vagifem) (Renseignements généraux, points 27, 28). Ce traitement pourrait aussi soulager son urgenturie et possiblement son incontinence. Si une crème vaginale est utilisée, il conviendrait de l'appliquer directement sur la vulve.

Étant donné que l'examen a révélé des signes de lichen scléreux, une autre option pourrait être un court traitement par une crème de corticostéroïdes puissants à ultra-puissants (crème, mousse, lotion de 17-propionate de clobétasol à 0,05 %; crème de propionate d'halobétasol à 0,05 %) (annexe 2). La prise en charge peut inclure une biopsie vulvaire (Renseignements généraux, points 13, 31). Si une biopsie est envisagée, le meilleur siège de la biopsie est probablement le pli interlabial gauche inférieur – une biopsie à l'emporte-pièce de 3 mm avec suture résorbable (Conseil de l'examinateur nº 3). Vous pourriez planifier une visite de suivi deux à trois mois plus tard (annexe 2).

En quoi votre approche serait-elle différente si vous aviez remarqué une lésion pigmentée comme celle observée sur cette photographie?



Le diagnostic différentiel inclurait une hyperpigmentation postinflammatoire, une mélanose vulvaire ou un mélanome (Renseignements généraux, point 17). Sur cette photo, on constate aussi une certaine atrophie de la lèvre mineure. À moins que Maria soit sûre que ces lésions sont présentes et stables depuis de nombreuses années, vous pourriez envisager d'effectuer une biopsie ou de l'orienter pour en passer une, selon les ressources offertes dans votre collectivité et si vous êtes à l'aise de l'effectuer (Renseignements généraux, point 33).

Troisième partie

Quelles mesures pourriez-vous prendre par la suite?

En cas d'évolution d'une tache ou d'une plaque blanche, une biopsie vulvaire est indiquée. Étant donné que de nombreuses communautés plus petites ou rurales pourraient ne pas avoir facilement accès à un gynécologue ou à un spécialiste, il est important de se rappeler que cette intervention peut être effectuée en soins primaires (Renseignements généraux, point 33).

Quatrième partie

Comment pourriez-vous continuer le suivi de Maria?

Le lichen scléreux est une maladie cutanée chronique nécessitant un *counselling* continu et une réévaluation constante du schéma thérapeutique. De plus, il existe un faible risque d'évolution vers une néoplasie. Il convient de revoir les patientes tous les trois à six mois jusqu'à l'amélioration ou la stabilisation des symptômes. Lorsque ces derniers se stabilisent, des examens vulvaires tous les 12 mois sont recommandés. Maria devrait utiliser une dose d'entretien de corticostéroïdes et augmenter la dose pendant une courte période en cas d'exacerbation. Tout changement de ses symptômes ou de l'aspect clinique doit motiver une orientation chez un spécialiste. Avec son consentement, vous pourriez envisager de prendre des photos de la zone affectée et de les télécharger dans le DMÉ de Maria. Il serait utile d'inclure aussi des mesures dans la photo. Une documentation aussi détaillée permettrait de faire un suivi précis de l'évolution de son affection. Si le lichen scléreux ne s'atténue pas avec des corticostéroïdes, même en l'absence de taches ou de plaques blanches, il faudrait envisager de l'orienter chez un spécialiste (annexe 2).

Cas numéro 3 : Valentine, G0P0, âgée de 32 ans

Quels éléments additionnels de l'anamnèse pourraient être utiles?

Il faudrait effectuer une anamnèse complète comme celle décrite à l'annexe 1.

De plus, il serait important d'effectuer une anamnèse psychosexuelle incluant les répercussions de la douleur sur sa réponse sexuelle et tout antécédent de sévices ou de traumatisme. Bien que les sévices ne soient pas plus courants chez les femmes présentant une vulvodynie par rapport à la population générale, la présence d'antécédents de sévices sexuels peut rendre la prise en charge de toute douleur sexuelle plus complexe (Renseignements généraux, point 19). Par ailleurs, la dyspareunie est également plus courante en présence d'anxiété et de dépression, indépendamment des antécédents de traumatisme (Renseignements généraux, points 5, 21). Il serait par ailleurs important de s'enquérir d'un événement précis ayant coïncidé avec la dyspareunie et de la qualité de sa relation actuelle (Renseignements généraux, point 5; Conseil pour la discussion; annexe 1; Feuillet d'information destiné aux patientes).

En présence de l'un de ces facteurs dans l'anamnèse, il se peut que vous ayez besoin d'offrir un soutien adéquat pour pouvoir effectuer l'examen correctement. Vous pourriez envisager d'effectuer l'anamnèse et l'examen physique de manière étalée sur plusieurs visites.

Deuxième partie

Comment aborderiez-vous une discussion sur la douleur persistante avec Valentine?

L'anamnèse et l'examen de Valentine évoquent une vestibulodynie vulvaire provoquée (Renseignements généraux, point 18). En plus de revoir avec la patiente les consignes d'hygiène vulvaire, il serait primordial de lui fournir de l'information précise sur les ressources à l'intention des patientes souffrant de vulvodynie (Feuillet d'information destiné aux patientes). Vous pourriez discuter du traitement pharmacologique (p. ex., antidépresseurs tricycliques) ou par la lidocaïne topique à 5 % mélangée à la crème Glaxal Base pendant trois mois (Renseignements généraux, point 24). Il est souvent utile d'utiliser un miroir pour montrer à la patiente comment appliquer la lidocaïne sur un tampon d'ouate dans l'orifice vaginal externe.

Si le test de dépistage de la dépression est positif, il conviendrait aussi d'inclure un traitement de l'humeur (Renseignements généraux, point 19). Une physiothérapie du plancher pelvien pourrait être envisagée selon sa disponibilité et son remboursement (tableau 3, Feuillet d'information destiné aux patientes).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique :
https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

Auteure :
Tara Mogentale, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Victoria, Colombie-Britannique

Réviseurs :
Dustin Costescu, M.D., FRCSC
Obstétrique et gynécologie
Hamilton, Ontario

Leslie A. Sadownik, M.D., FRCSC
Obstétrique et gynécologie
Vancouver, Colombie-Britannique

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Dawnelle Hawes, B.A., B.Kin., M.Ed.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Katherine Thompson (Saskatoon, Saskatchewan) et Julia Zhu (London, Ontario) pour leur contribution aux tables rondes initiales. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Peter Barns (Botwood, Terre-Neuve), Alice Bedard (Edmonton, Alberta) et Salma Murji (Edmonton, Alberta), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Aussi, nous tenons à remercier Leslie Sadownik qui a fourni les photos figurant dans le module. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :
Tara Mogentale, Dustin Costescu, Leslie Sadownik, Elizabeth Shaw et Dawnelle Hawes n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2017.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes à : https://members.fmpe.org/

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. • Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinions d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Clinical Effectiveness Group. *2014 UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions.* Ed: Grover D, NHS Evidence. British Association for Sexual Health and HIV. 2014.

2. Cruikshank M, Hay I. *Management of Vulval Skin Disorders. Green-top Guideline No. 58.* Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. 2011. https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg58/.

3. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):745-51. PM:27008217.

4. Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(3):260-75. PM:22594865.

5. British Society for the Study of Vulval Disease. Standards of care for women with vulval conditions.Series. 2013.http://www.pcc-cic.org.uk/article/standards-care-women-vulval-conditions.

6. Stewart MA. Vulvar Dermatoses: A Practical Approach to Evaluation and Management. *JCOM (Journal of Clinical Management Outcomes).* 2012;19(5):16.

7. Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International Journal of Women's Health.* 2014;6:437-49. PM:PMC4014358.

8. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline update. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(2):93-100. PM:24633161.

9. A "how-to guide" for a sexual health check-up.Series. 2013. 52, April Available at: http://www.bpac.org.nz/BPJ/2013/April/how-to-guide-sexual-health.aspx).

10. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(12):1698-706. PM:20141709.

11. Vulvuovaginal health in post-menopausal women. *Best Practice Journal (BPJ).* 2014;63:11.

12. Prabhu A, Gardella C. Common vaginal and vulvar disorders. *Med Clin North Am.* 2015;99(3):553-74. PM:25841600.

13. Welsh BM, Berzins KN, Cook KA, Fairley CK. Management of common vulval conditions. *Med J Aust.* 2003;178(8):391-5. PM:12697011.

14. Centers for Disease Control and Prevention. *Vulvovaginal Candidiasis.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health & Human Services 2015. http://www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm.

15. Nagandia K, Sivalingam. Vulvodynia: integrating current knowledge into clinical practice. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2014;16(4):9.

16. Rodriguez MI, Leclair CM. Benign vulvar dermatoses. *Obstet Gynecol Surv.* 2012;67(1):55-63. PM:22278079.

17. Andrews JC. Vulvodynia interventions–systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(5):299-315. PM:21794194.

18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vulvodynia. *ACOG.* 2017;Frequently Asked Questions, FAQ127(Gynecologic Problems).

19. Danby CS, Margesson LJ. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatol Ther.* 2010;23(5):485-504. PM:20868403.

20. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2014;28(7):946-58.

21. Mason MJ, Winter AJ. How to diagnose and treat aerobic and desquamative inflammatory vaginitis. *Sex Transm Infect.* 2017;93(1):8-10. PM:27272705.

22. Bradford J, Fischer G. Desquamative inflammatory vaginitis: differential diagnosis and alternate diagnostic criteria. *J Low Genit Tract Dis.* 2010;14(4):306-10. PM:20885157.

23. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstet Gynecol.* 2011;117(4):850-5. PM:21422855.

24. Ferris DG, Nyirjesy P, Sobel JD, Soper D, Pavletic A, Litaker MS. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol.* 2002;99(3):419-25. PM:11864668.

25. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidlines, 2015. *MMWR.* 2015;64(3):140.

26. ACOG Practice Bulletin No. 93: diagnosis and management of vulvar skin disorders. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1243-53. PM:18448767.

27. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician.* 2009;79(2):135-40. PM:19178066.

28. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Lewis F, Wang SH, Wojnarowska F. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(2):305-12. PM:22483994.

29. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F. Topical interventions for genital lichen sclerosus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(12):CD008240. PM:22161424.

30. Margesson LJ. Overview of Treatment of Vulvovaginal Disease. *Skin Therapy Letter.* 2011;16(3).

31. Monograph on polymyxin (Polysporin). *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* 2017. Accessed at: https://www.e-therapeutics.ca (requires subscription).

32. Bates SM, Dilke Wing G. Determination of iron status in women attending genitourinary clinics with pruritus vulvae. *Sexually Transmitted Infections.* 2006;82(6):489-90. PM:PMC2563872.

33. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol.* 2015;151(10):1061-7. PM:26070005.

34. Venkatesan A. Pigmented Lesions of the Vulva. *Dermatologic Clinics.* 2010;28(4):795-805.

35. Shah M, Hoffstetter S. Vulvodynia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(3):453-64. PM:25155125.

36. Fischer G, Bradford J, Cragg T. Vulvovaginal pain and dyspareunia. Part 1: An often challenging presentation. *Medicine Today.* 2014;15(7):41-6.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

37. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, et al. Vulvodynia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract.* 2016;16(2):204-36. PM:25581081.

38. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* 2016;13(4):572-90. PM:27045258.

39. Nguyen RH, Ecklund AM, Maclehose RF, Veasley C, Harlow BL. Co-morbid pain conditions and feelings of invalidation and isolation among women with vulvodynia. *Psychol Health Med.* 2012;17(5):589-98. PM:22329615.

40. Flanagan E, Herron KA, O'Driscoll C, Williams ACdC. Psychological Treatment for Vaginal Pain: Does Etiology Matter? A Systematic Review and Meta Analysis. *The Journal of Sexual Medicine.* 2015;12(1):3-16.

41. Cabello-Santamaria F, del Rio-Olvera FJ, Cabello-Garcia MA. Sexual pain disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(6):412-7. PM:26382162.

42. Edwards SK, Bates CM, Lewis F, Sethi G, Grover D. 2014 UK national guideline on the management of vulval conditions. *Int J STD AIDS.* 2015;26(9):611-24. PM:25300587.

43. van der Meijden W, Boffa M, ter Harmsel W, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2017;31(6):17.

44. Kingston A. Vulval disease in the postmenopausal patient: a guide to current management. *Menopause Int.* 2010;16(3):117-20. PM:20956687.

45. Spitzer M. The Older Woman with Vulvar Itching and Burning. Paper presented at: Annual Meeting - North American Menopause Society (NAMS)2013; Dallas, TX. Available at: https://www.menopause.org/annual-meetings/2013-meeting/speaker-slides

46. *Hormone Therapy Products Available in Canada for Treatment of Menopausal Symptoms. Physician Desk Reference.* Ottawa, ON, Canada: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2011. www.sogc.org.

47. Lindahl SH. Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy. *International Journal of Women's Health.* 2014;6:307-12. PM:PMC3958523.

48. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2013;20(9):888-902; quiz 3-4. PM:23985562.

49. Patel D, Gillespie B, Foxman B. Sexual behavior of older women: results of a random-digit-dialing survey of 2,000 women in the United States. *Sex Transm Dis.* 2003;30(3):216-20. PM:12616139.

50. *Report on Sexually Transmitted Infections in Canada: 2012* Centre for Communicable Disease and Infection Control, Infectious Diesease Prevention and Control Branch, Public Health Agency of Canada. Ottawa, ON. Ministry of Health; 2015 http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/rep-rap-2012/tb-eng.php#toc.

51. Poynten IM, Grulich AE, Templeton DJ. Sexually transmitted infections in older populations. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26(1):80-5. PM:23221769.

52. Bleeker MCG, Visser PJ, Overbeek LIH, van Beurden M, Berkhof J. Lichen Sclerosus: Incidence and Risk of Vulvar Squamous Cell Carcinoma. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.* 2016;25(8):1224.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 1. ANAMNÈSE EXHAUSTIVE DES TROUBLES VULVAIRES

Composante	*Détails/remarques*
Symptômes vulvaires	Description (p. ex., prurit, douleur, brûlure, peau à vif)
	Type d'apparition et profil depuis l'apparition (aggravation/amélioration/même état? Provoqué ou non provoqué?)
	Lien avec les menstruations (s'améliorent ou s'aggravent avant, pendant les menstruations?)
	Écoulement vaginal
	Facteurs/déclencheurs qui aggravent, soulagent ou améliorent les symptômes (p. ex., activité physique, port de vêtements serrés)
Fonction intestinale et vésicale	Symptômes mictionnels irritants, incontinence
Répercussions sur la vie quotidienne	Travail, sommeil, activité physique, bain, humeur
Antécédents sexuels	Activité sexuelle et utilisation de préservatifs; répercussions des symptômes sur la fonction sexuelle et les relations
Antécédents gynécologiques et obstétriques	Ménopause, contraceptifs, ITS, résultat anormal au test PAP, chirurgie pelvienne, grossesses, naissances
Atteinte dermatologique : affections et sensibilités cutanées	Présence d'une maladie muqueuse (p. ex., cuir chevelu, cavité buccale), eczéma, psoriasis
Hygiène	Habitudes d'hygiène; utilisation de tampons et de serviettes/protège-dessous; produits pour incontinence; savons, lotions, crèmes, débarbouillettes, douches vaginales
Allergies	Facteurs environnementaux, médicaments, aliments
Médicaments, produits topiques	Antérieurement ou actuellement; produits en vente libre ou prescrits; à action générale ou locale; produits à base végétale
Antécédents d'infections et de traitements	Levures, ITS (y compris l'herpès génital)
Déficit immunitaire	
Maladie auto-immune	Antécédents personnels et familiaux (p. ex., trouble thyroïdien, diabète, alopécie, anémie pernicieuse) en raison de leur association avec le lichen scléreux et le lichen plan (preuves de niveau faible à modéré)
Tabagisme	

Sources :

1) Cruikshank M, Hay I. Management of Vulval Skin Disorders. Green-top Guideline No. 58. *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.* 2011. https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg58/

2) Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(3):260-75. PM:22594865

3) Stewart MA. Vulvar Dermatoses: A Practical Approach to Evaluation and Management. *JCOM (Journal of Clinical Management Outcomes).* 2012;19(5):16

4) Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* 2016;13(4):572-90. PM:27045258.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Troubles lichénoïdes

	Diagnostic différentiel	*Analyses/examens*	*Traitement*
Névrodermite circonscrite	Ce n'est pas une affection en soi, mais plutôt l'aboutissement d'un cycle chronique de démangeaisons-grattage Affections sous-jacentes : candidose, lichen scléreux, NIV*, psoriasis, eczéma, maladie de Paget Remarque : La maladie sous-jacente peut être traitée au moment du diagnostic.	Le traitement empirique doit être entamé avant la biopsie Biopsie vulvaire en cas de changements pigmentés ou de lésions surélevées; envisager une biopsie en l'absence de réponse clinique aux stéroïdes	Hygiène vulvaire; antihistaminique sédatif au coucher/antiprurigineux une heure avant le coucher si l'affection perturbe le sommeil. Corticothérapie topique de courte durée : • modérément puissante (p. ex., furoate de mométasone à 0,1 %, valérate de bétaméthasone à 0,05 %) 2 f.p.j. À • Ultra-puissante (onguent de propionate de clobétasol ou d'halobétasol à 0,05 %) 1 f.p.j. Traiter aussi les causes sous-jacentes
Lichen plan	Maladie cutanée auto-immune avec formation d'ampoules, syndrome de Behçet, maladie de Crohn et lichen scléreux	Biopsie vulvaire à titre de confirmation; inspection visuelle (p. ex., les papules mauves polygonales sont classiques)	Corticostéroïdes topiques ultra-puissants (p. ex., onguent de clobétasol ou d'halobétasol à 0,05 %) pour l'inflammation. Si le lichen plan est généralisé, un cycle de prednisone par voie orale Comprimés gynécologiques d'hydrocortisone par voie vaginale (on peut utiliser des préparations rectales par voie vaginale); effectuer un suivi tous les 3 mois jusqu'à ce que l'état se stabilise, puis tous les 6 à 12 mois par la suite
Lichen plan érosif (envisager sérieusement d'orienter la patiente)	Plus souvent dans la fourchette vulvaire postérieure et le vagin	Macule érythémateuse allant du vestibule au vagin Rougeurs brillantes clairement démarquées/éruption autour de l'orifice externe du vagin Aucun lien hormonal	
Lichen scléreux *(peut se produire dans n'importe quel groupe d'âge, plus souvent chez des filles d'âge prépubère et les femmes de > 50 ans)*	Maladie cutanée auto-immune avec formation d'ampoules; syndrome de Behçet, maladie de Crohn, vaginite inflammatoire desquamative (rare et peut ressembler à la vaginite atrophique et au lichen plan) Associé à d'autres troubles auto-immuns (alopécie circonscrite, anémie pernicieuse, diabète de type 1 et vitiligo) Carcinome squameux	Inspection visuelle à la recherche d'une hypopigmentation, d'un amincissement en « papier sulfurisé » de la peau; forme classique en « 8 » ou en trou de serrure d'un épithélium blanc entourant la vulve et la zone périanale[4]; ecchymoses ou fissures[11]; biopsie vulvaire à titre de confirmation en l'absence de réponse clinique	Corticostéroïdes topiques ultra-puissants (p. ex., clobétasol ou halobétasol à 0,05 %); valérate de bétaméthasone à 0,1 % en cas d'intolérance aux corticostéroïdes topiques ultra-puissants. Traitement de deuxième intention : tacrolimus (Protopic[MD]); traitement à action générale, chirurgie possible en cas d'adhérence labiale ou de dilatation de l'urètre. Ajouter de l'œstrogène à application vulvaire chez les femmes prépubères ou ménopausées. Envisager une biopsie en l'absence de guérison ou en cas de non-réponse au traitement des zones affectées. Le traitement améliore les symptômes, réduit le risque de formation de cicatrices et de tumeur maligne. Effectuer un suivi tous les 2 à 3 mois jusqu'à l'amélioration des symptômes, puis tous les 12 mois par la suite.

** NIV – néoplasie intraépithéliale vulvaire*

Sources :

1) Cruikshank M, Hay I. Management of Vulval Skin Disorders. Green-top Guideline No. 58. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. 2011. https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg58/.

2) Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. J Midwifery Womens Health. 2012;57(3):260-75.

3) Prabhu A, Gardella C. Common vaginal and vulvar disorders.Med Clin North Am. 2015;99(3):553-74.

4) Bates SM, Dilke-Wing G. Determination of iron status in women attending genitourinary clinics with pruritus vulvae. Sexually Transmitted Infections. 2006;82(6):489-90.

5) Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. JAMA Dermatol. 2015;151(10):1061-7.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

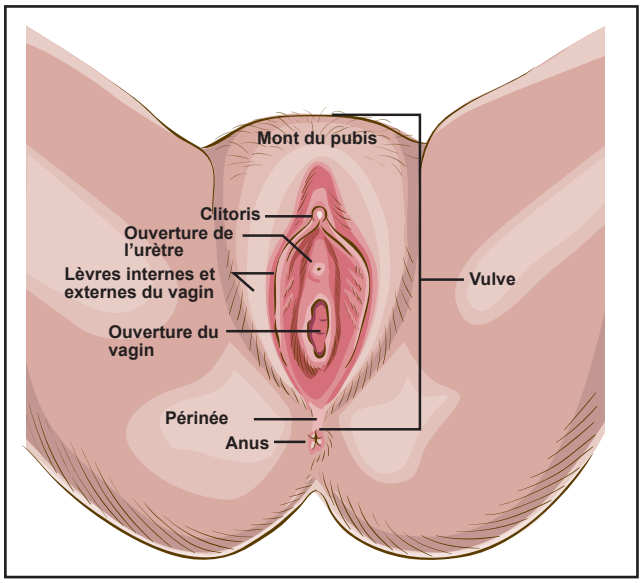
FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTES. N'hésitez pas à faire une copie de cette page.

Vulvodynie

Qu'est-ce que la vulvodynie?

La vulvodynie désigne une douleur de la vulve qui n'est pas associée à un problème cutané ou nerveux, en l'absence d'infection. La vulve est la peau externe du vagin; elle comprend l'ouverture du vagin, les lèvres (lèvres internes et externes), le clitoris, l'ouverture de la vessie (urètre) et le mont du pubis. La douleur peut durer de trois mois à plusieurs années. Elle s'arrête parfois spontanément. La vulvodynie ne se transmet pas entre partenaires; elle n'est pas liée au cancer.

Quels sont les symptômes de la vulvodynie?



La vulvodynie se traduit par une sensation de brûlure, des picotements, des douleurs et un endolorissement de la vulve (en général, les démangeaisons ne sont pas un signe de la maladie). Cette douleur peut être constante ou apparaître au toucher (p. ex., durant les relations sexuelles, les préliminaires ou l'utilisation d'un tampon). La sensation de douleur peut varier, allant d'une sensation légèrement inconfortable à une douleur très intense, ce qui peut empêcher la personne de s'asseoir confortablement ou perturber son sommeil. La vulvodynie peut être très douloureuse certaines journées, et pas du tout d'autres journées.

Quelles sont les causes de la vulvodynie?

Selon les experts, les causes peuvent être multiples. Par exemple, il peut s'agir d'une hypersensibilité à la douleur des terminaisons nerveuses de la vulve et/ou d'une hyperactivité des muscles pelviens. Bien que la vulvodynie puisse causer beaucoup de souffrance émotionnelle, rien ne prouve qu'il s'agit principalement d'une affection psychologique. En général, votre prestataire de soins primaires ne peut constater de motif visible de cette affection et les résultats de tout test de dépistage d'une infection ou d'autres affections sont normaux. Il est important de savoir que de tels résultats n'indiquent pas que tout va bien.

Comment la vulvodynie est-elle traitée?

La meilleure façon de prendre en charge l'hypersensibilité des fibres nerveuses consiste à administrer des traitements qui modifient la manière dont l'organisme réagit à la douleur. ***Veuillez noter que les analgésiques et narcotiques habituels ne soulagent pas*** les symptômes de la vulvodynie.

- Un gel anesthésique local ou de la lidocaïne (à 5 %) en gel ou en crème pourraient soulager les symptômes et être efficaces durant les relations sexuelles.
- La physiothérapie peut contribuer à soulager les spasmes des muscles des cuisses et des autres muscles de la région.
- Certains dispositifs (tels qu'un coussin en forme de beignet) peuvent rendre la position assise plus confortable, et éviter à la patiente de s'asseoir sur la zone douloureuse.
- L'acupuncture, notamment lorsque la douleur est constante, peut soulager les symptômes en « désactivant » les fibres nerveuses nociceptives hyperactives.
- Les psychothérapies peuvent aider la patiente à faire face à cette situation. Le *counselling* sexuel, individuel ou en couple peut aussi aider.
- Dans l'ensemble, bien que les médicaments aient un rôle limité dans le traitement, votre professionnel de la santé peut discuter de ces options avec vous.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
Novembre 2017

Vulvodynie

Sites d'information utiles (en anglais) :

1) www.vulvalpainsociety.org
2) www.britishpainsociety.org/patient_publications
3) www.mvprogram.org
4) www.nva.org

Que puis-je faire pour me sentir mieux?

Hygiène vulvaire

- Utilisez du papier hygiénique blanc et doux et prenez des bains de siège tiède ou froid pour soulager toute sensation de brûlure ou irritation.
- Évitez les bains moussants, les crèmes, savons ou gels de douche parfumés et évitez d'appliquer du shampooing sur la zone vulvaire, car celui-ci peut irriter la peau.
- Lavez la vulve avec de l'eau froide à tiède seulement, et ne pas frotter.
- Évitez de porter des vêtements serrés.
- Évitez les préservatifs avec gel spermicide et optez pour des préservatifs sans latex.
- Urinez avant que la vessie soit pleine et ajoutez des fibres à votre alimentation pour prévenir la constipation. Essayez de boire huit verres d'eau par jour.
- Utilisez des serviettes hygiéniques en coton à 100 % (évitez les « voiles aérosecs » en plastique) et les tampons. N'utilisez pas de serviette hygiénique sur une base quotidienne, sauf lorsque vous avez vos menstruations. En cas d'incontinence, utilisez uniquement des serviettes pour incontinence.
- Évitez le papier hygiénique recyclé (il augmente l'exposition de la vulve aux produits chimiques).
- Après être allée aux toilettes, vous pouvez appliquer des compresses froides ou vous rincer à l'eau froide (sans frotter) pour vous soulager.
- Après les relations sexuelles, allez aux toilettes et rincez la vulve avec de l'eau froide.

Les lubrifiants vaginaux (huile de noix de coco, huile d'olive, lubrifiants à base d'eau ou de silicone) peuvent être utiles durant les relations sexuelles.

Sources :

1) American College of Obstetricians and Gynecologists. Vulvodynia. ACOG. 2017;Frequently Asked Questions, FAQ127(Gynecologic Problems). https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Patient-Education-FAQs-List

2) van Schalkwyk J, Yudin MH, Infectious Disease C, et al. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(3):266-76. PM:26001

3) National Vulvodynia Association. Improving Women's Health. Self-Help Tips, https://visualsonline.cancer.gov/details.cfm?imageid=9470

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Novembre 2017