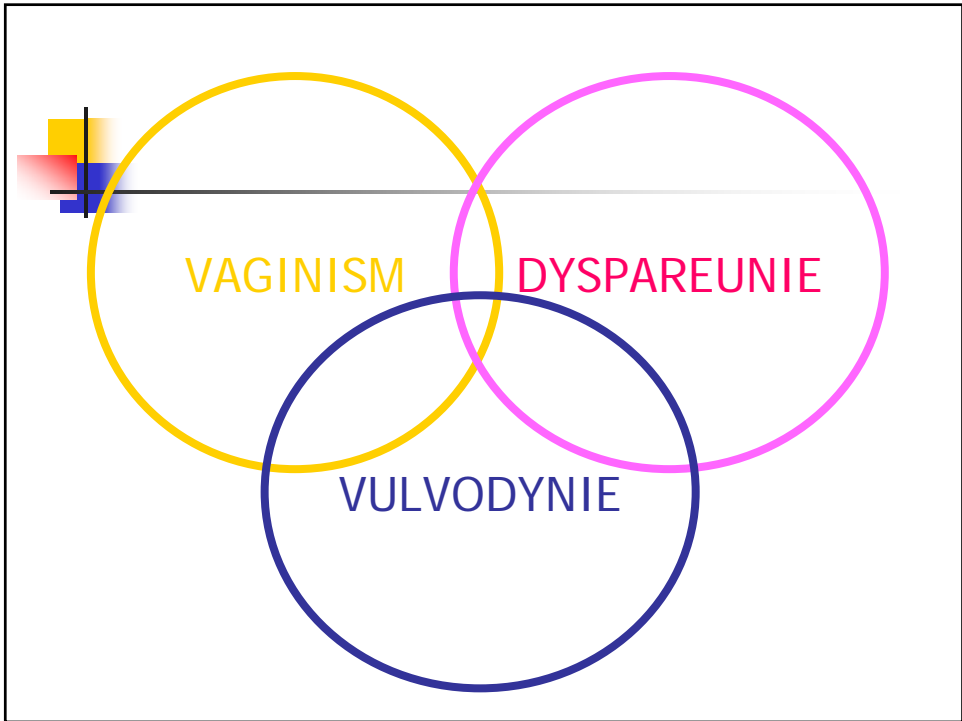




# La Dyspareunie chez la femme

Prof. Johannes Bitzer MD  
Dep. Gynécologie/Obstetrique  
Hôpital Universitaire Bâle  
Suisse





Le symptôme souvent présenté

# DYSPAREUNIE

mais

+ Douleurs dans des autres situation, quand une pression est exercée sur la vulve (vêtement serré, monter à cheval, faire la bicyclette, être assise pour une longue durée, utilisation d'un tampon,

## Vulvodynie

## Epidemiologie

- Life time prévalence pour douleurs vulvaire approx. 20%. *Reed et al J Am. Wom Med. Assoc. 1999*
- 5% des femmes sous 25 ans souffrent des problèmes vulvaires, (*Hengge et al 2005*).
- Au niveau du premier secours on trouve une prévalence de 15% (*Goetsch 1991*)

## Douleurs vulvaires Epidemiologie

Survey norteamericaine  
n=4915 femmes, 18-64 a.

- **16 % souffrantes auparavant > plus que 3 mois**
- **7 % au moment de la enquête**
- **40 % des femmes souffrantes n'ont pas consulté un médecin**
- **60 % parmi ceux avaient contact avec > 3 médecins (dans la plupart des cas avec diagnostique faux)**

Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia?  
J Am Med Womens Assoc. 2003 Spring;58(2):82-8

## Les differents composants dans l'étiologie des douleurs vulvaires

**Cerveaux**

**Moelle**

**Plexus hypogastrique inferieure**

**Urethra, Vessie**

**Plexus hypogastrique inferieure**

**Ganglion sympathique inferieur**

**Muqueuse Vaginale**

**Ganglion sympathique inferieur**

**N. Pudendus (Somatic motor efferents and sensory afferents)**

**Vestibulum**

**N. Pudendus (Somatic motor efferents and sensory afferents)**

**Peau vulvaire**

**Anus**

**Levator**

**Levator**

**Pelvic Floor**

## Dyspareunie Type 1

• **Inféctions ,  
Précanceroses  
et neoplasmes  
de la vulve**

• **Dérmatoses  
de la vulve**

Lésion tissulaire

Inflammation, Atrophie,  
Dystrophie

**Nozizepteur**



Douleurs

**Anamnèse**

**Préparation à  
l'état frais**

**Colposcopie**

**Toucher  
vaginale**

**Lab Tests**

## Dyspareunie Type 2

• **Pudendus-  
neuralgie (Ex.  
Post-  
herpetique)**

Pas de  
lésion tissulaire

Infections précédentes

**Atteinte des  
structures nerveuses**



**Douleur  
neuropathique**

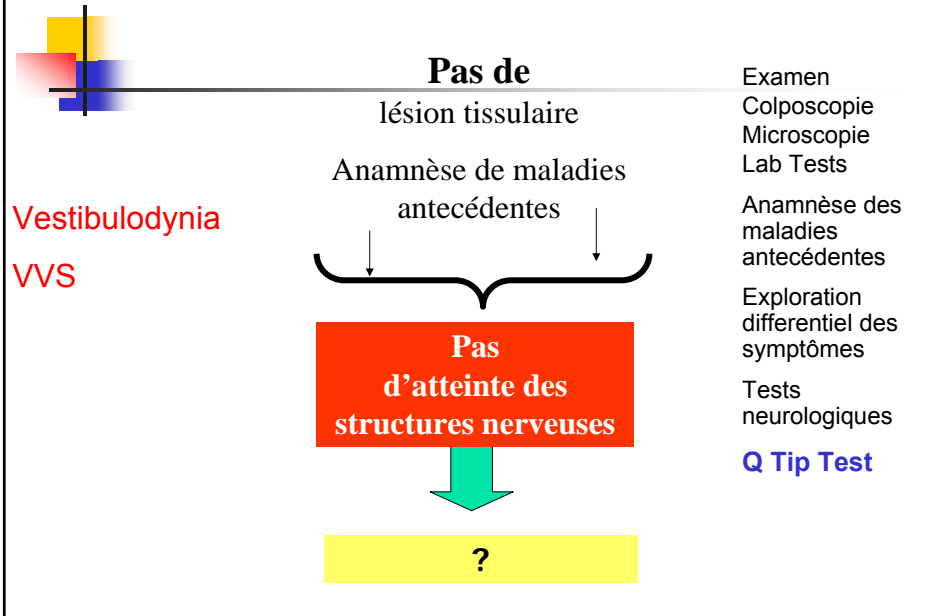
Examen  
Colposcopie  
Microscopie  
Lab Tests

**Anamnèse  
des maladies  
antécédentes**

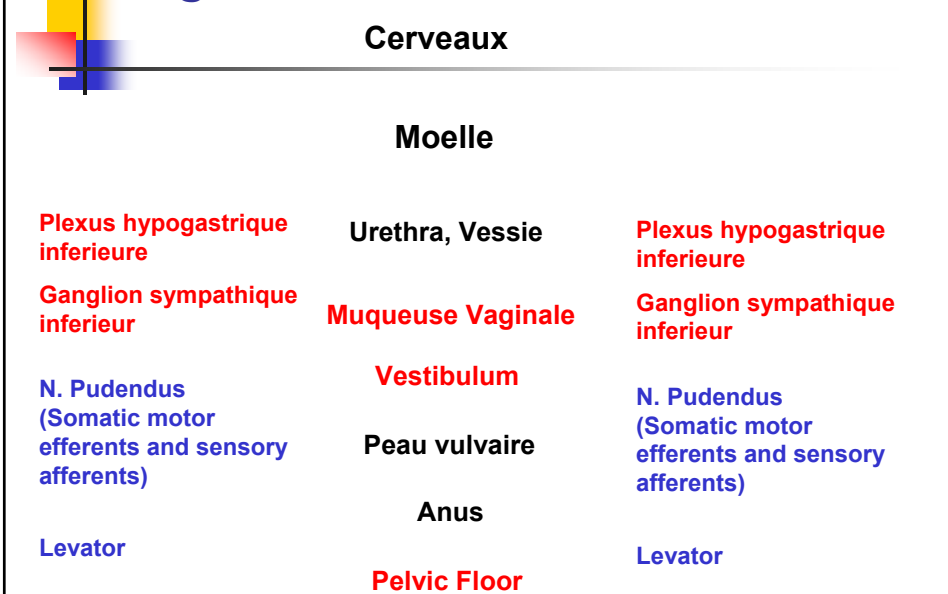
**Exploration  
différentiel  
des  
symptômes**

**Tests  
neurologiques**

## Dyspareunie Type 3



## Les différents composants dans l'étiologie des douleurs vulvaires



# Vulva-Vestibulitis-Syndrom- VVS

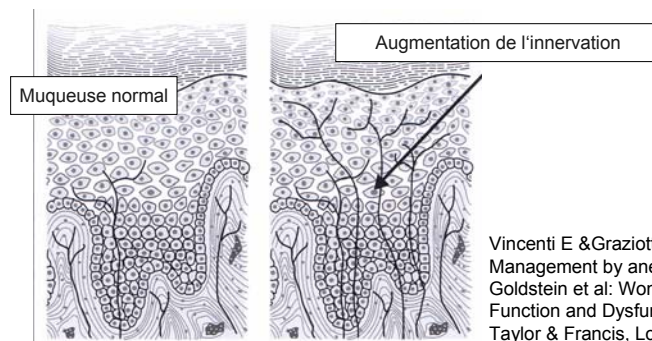
## Les critères diagnostiques

- Des douleurs fortes en touchant le vestibule ou en introduisant un corps étranger
  - Douleur neuropathique:  
Brulante, tirante, tranchante, piquante
- Sensibilité local au pression au niveau du vestibule
  - Q-Tipp-Test positive
  - Souvnet dan la region des la fourchette posterieure (hintere Kommisur)
- Erythema du vestibule varié
  - Peut manquer !

Nach Friedrich Jr EG. Vulvar Vestibulitis Syndom. J Reprod Med 1987; 32 (2):110-4

## VVS - Histologie

- **Proliferation des nerfs (Typ C)**
- **Accumulation des cellules mast**
- **Agumentation de l'histamine**



Bornstein J et al. J Reprod Med. 2002; 9: 742.

Bornstein J et al. Gynecol Obstet Invest. 2004; 58(3): 171-8.

Bohm-Starke N et al. Gynecol Obstet Invest. 1998; 46(4): 256-60.

Halperin R et al. Gyencol Obstet Invest 2005; 59: 75-79

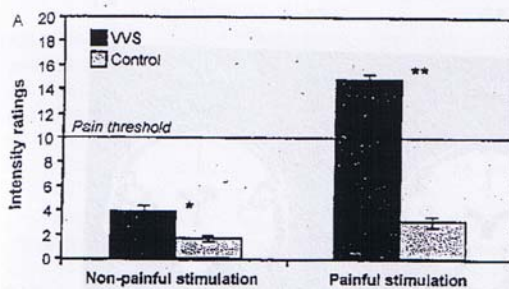
## Trouvées histologiques chez les femmes avec VVS comparées avec controls

Histopathologic findings	Patients with vestibulitis (n = 24)	Control group (n = 16)	Significance p
<b>Inflammation</b>			
Mild	14	12	NS
Moderate	9	4	NS
Severe	1	0	NS
<b>Infiltration of epithelium by inflammatory cells</b>			
	24 (100)	16 (100)	NS
<b>Vascular proliferation<sup>a</sup></b>			
	36 ± 9	31 ± 11	NS
<b>Mast cells<sup>a</sup></b>			
Epithelium	3 ± 2	2 ± 1	NS
Stroma	35 ± 10	60 ± 27	NS
<b>Nerve fiber proliferation</b>			
	19 (79.1)	0	<0.0001

NS = Nonsignificant.  
<sup>a</sup> Values are given as mean ± SD, calculated per 10 HPF.

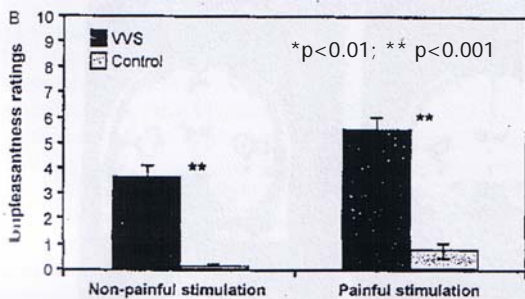
Halperin R et al. Gynecol Obstet Invest 2005; 59: 75-79

## Sensibilité au pression sur le vestibule



- La perception du pression comme sensation douloureuse

- Le seuil douloureux est diminué



- L'activation des régions centrales nerveuses liées à la douleur est plus grande chez les patientes

Pukall CF. Neural correlates of painful genital touch in women with VVS. Pain 2005; 115:118-127

## Sensibilité extragénital

Après injection du capsaïcine dans les pieds ou dans le bras les patientes avec VVS comparées au control montrent

- une sensibilité à la douleur augmentée ponctuelle
- des zones douloureuses plus vastes
- une dysrégulation autonome ( fréquence cardiaque augmentée en restant et une RR systolique diminuée,)

**Les Patientes avec VVS souffrent d'une sensibilité augmentée à la douleur génitale et extragénitale !**

Foster DC. et al. Pain 2005; 117:128-136

## VVS – Facteurs étiologiques

### Inflammation

- Predisposition génétique ?  
Des variantes proinflammatoires plus fréquentes au gène Polymorphic Interleukin -1 Receptor Antagonist et au gène Melanocortin-1 Receptor <sup>1,2</sup>
- Interferon  $\alpha$  Production  $\downarrow$ <sup>3</sup>
- Diminution de la fonction des Natural Killer Cell

1. Jeremias J et al. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (2): 283-5
2. Foster DC et al. J Reprod Med 2004; 49 (7): 503-9
3. Gerber S et al. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(4): 696-700
4. Masterson BJ et al. J Reprod Med 1996; 41 (8): 562-8

## VVS – Facteurs étiologiques



### Hormones

- Réduction de l'expression du récepteur au oestrogène <sup>1</sup>
- Réduction de l'expression du récepteur au testostérone <sup>2</sup>
- Association entre prise de la pillule et VVS <sup>3</sup>

1. Eva LJ et al. Am Obstet Gynecol 2003; 189 (2): 458-6  
2. ISSIR 11th World Congress: Abstrakt Nr O74. 20. Oktober, 2004  
3. Bouchard C et al. Am J Epidemiol 2002;156:254-61  
Sjoberg I et al. J Reprod Med 1997; 42. 166-8  
Panzer C et al. J Sex Med 2006; 3 : 104-113

## VVS – Facteurs étiologiques



### Infections

**Correlation partielle positive entre risque du VVS et l'histoire des infections précédentes**

- *Candida albicans*
- Bakterielle Vaginose
- PID
- Trichomonaden
- Vulväre Dysplasie
- Daten zu HPV uneinheitlich

Smith EM et al. Infect Dis Obstet Gynecol 2002; 10(4):193-202

Arnold LD, Bachmann G Kelly S: Vulvodynia: Characteristics and Association with Co-Morbidities and Quality of life. *Obstet Gynecol.* 2006 March ; 107(3): 617–624

	Ad OR	95% CI
Chronic fatigue	3.19	0.88, 11.42
Fibromyalgie	3.84†	1.54, 9.55
Depression	1.46	0.79, 2.7
Irritable Bowel Syndrom	3.11†	1.6, 6.05
Sexually active last 6 months	0.49†	0.25, 0.97
History of PMS	1.14	0.63, 2.07
> 3 UTI/ year	5.33†	2.44, 11.62
> 3 Candidiasis / year	9.89†	5.23, 18.71
Previous COC use	0.83	0.43, 1.6
COC use > 5 Jahre	0.49†	0.26, 0.95

† :p<0.05

77 patient with vulvodynia vs 208 contrôles sains

## VVS – Facteurs étiologiques

- Hypertonie de la musculature du plancher pelvien <sup>1</sup>
- Oxalate ? <sup>2</sup>
- ...

1. Reissing ED. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26 (2) 107-132  
 2. Solomons CC et al. *J Reprod Med* 1997; 42(3): 157-60

## Dyspareunie Type 3 (VVS)

Disposition génétique, Lésion tissulaire antécédente

Tissu conjonctif et vasculaire

Fuite du fibrinogène, Stimulation antigénétique du IGM, Cascade du complément

**Inflammation neurogénique ?**

Substance P, Axons immunoreactives

Activation des fibres C

Sensibilisation du wide-dynamic range (WDR) neurons

Pain

**Connection avec les fibres A**

„Touch becomes pain“

**Allodynia**

**Hyperalgesie**

## Dyspareunie Type 4

**Pas d'**

Lésion tissulaire

**Pas d'atteinte des structures nerveuses  
Q tip test neg**

?

Examen  
Colposcopie  
Microscopie  
Lab Tests

Anamnèse des maladies antécédentes

**Histoire psychosociale**

Exploration différentiel des symptômes

Tests neurologiques

Q Tip Test

**Essential Vulvodynia**

## Les différents composants dans l'étiologie des douleurs vulvaires

### Cerveaux

### Moelle

Plexus hypogastrique inferieure	Urethra, Vessie	Plexus hypogastrique inferieure
Ganglion sympathique inferieur	Muqueuse Vaginale	Ganglion sympathique inferieur
N. Pudendus (Somatic motor efferents and sensory afferents)	Vestibulum	N. Pudendus (Somatic motor efferents and sensory afferents)
Levator	Peau vulvaire	Levator
	Anus	
	Pelvic Floor	

## Facteurs psychosociales

- Victimization in patients with vulvar dysesthesia/ vestibulodynia. Is there an increased prevalence
- Dalton VK, Haefner HK, Reed BD et al. J Reprod Med 2002;47:829-34
- Etude Cas-Témoin.
- 242 femmes avec vulvodynie et 113 controls
- Routine questionnaire
- Les cas etaient plus probable d'être caucasiens, mariées, du niveau socioeconomique plus haut, moins probable de utiliser des drogues et avaient des rapports sexuels moins frequents.
- Pas d'association entre vulvodynie et abus physique ou sexuel

## Facteurs psychosociales

- Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization
- Harlow BL, Stewart EG. Am J Epidemiol.2005;161:871-80
- Etude Cas-Témoin.
- 125 femmes avec vulvodynie et 125 controls. (Age and community matched)
- Telephone questionnaire et Self-administered questionnaire „childhood exposure <12 ans“.
- Peu de soutien familial et social RR 2.6 (CI 1.3.-5.1)
- Violence physique comme enfant OR 4.1 (CI 1.7-10.0)
- Abus sexuel comme enfant OR 6.5 (CI 1.2-35.1)

## Facteurs étiologiques Troubles psychopathologiques

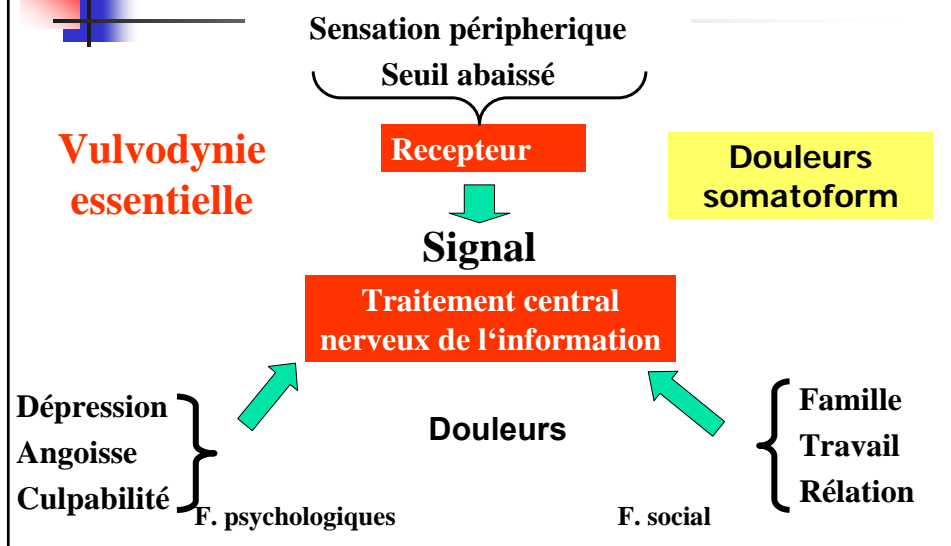
<b>Perception de la douleur</b>	
Seuil de la douleur	p<0.05
Phasic pain	p<0.01
Tonic pain	ns
<b>Anxiété</b>	
State anxiety	ns
Trait anxiety	p<0.05
<b>Facteurs psychologiques</b>	
Experimental pain „catastrophizing“	ns
Somatisation	p<0.05
Image du corps	p<0.05

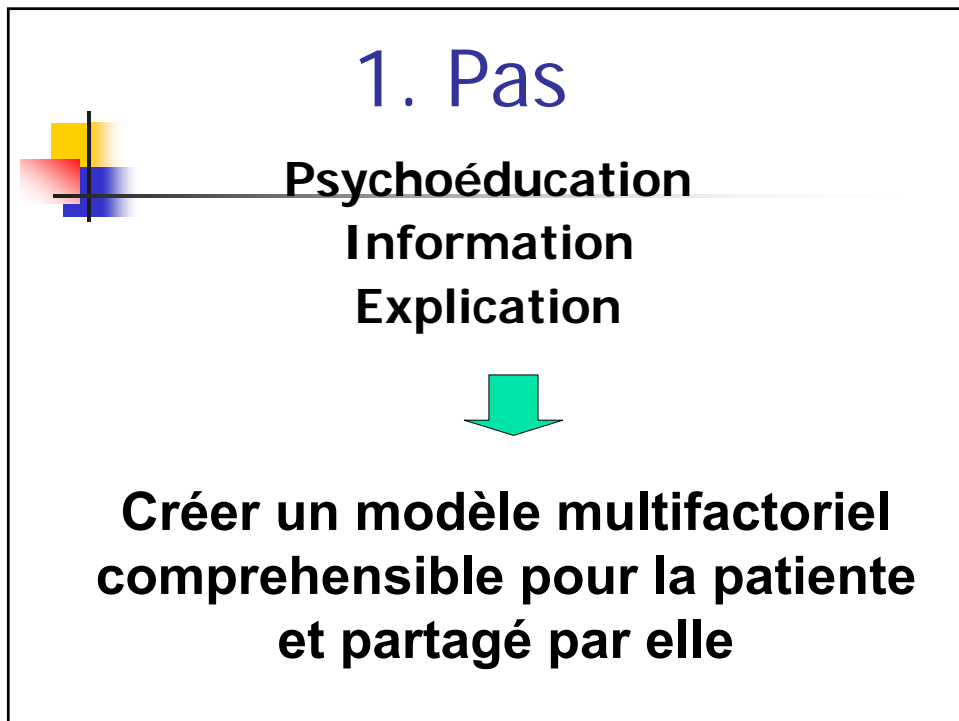
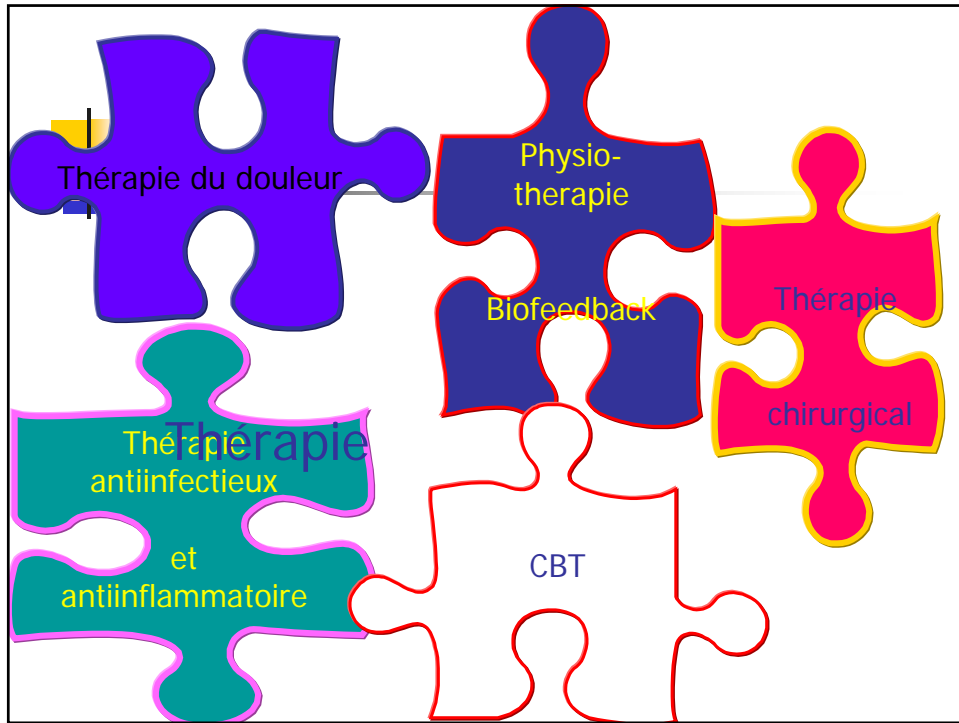
Granot M. J Sex Marit Ther 2005; 31: 285- 302

## Les facteurs psychosociales

- Comorbidité avec dépression et troubles du sommeil (*Mc Gowan et al 1998*)
- Chez le patientes avec vulvodynie on trouve des valeurs psychométrique élevé pour somatisation, troubles obsessionnels, dépression, angoisse, phobie, irritabilité, agressivité et réaction paranoïque. (*Willie et al 2004*)

## Dyspareunie Type 4

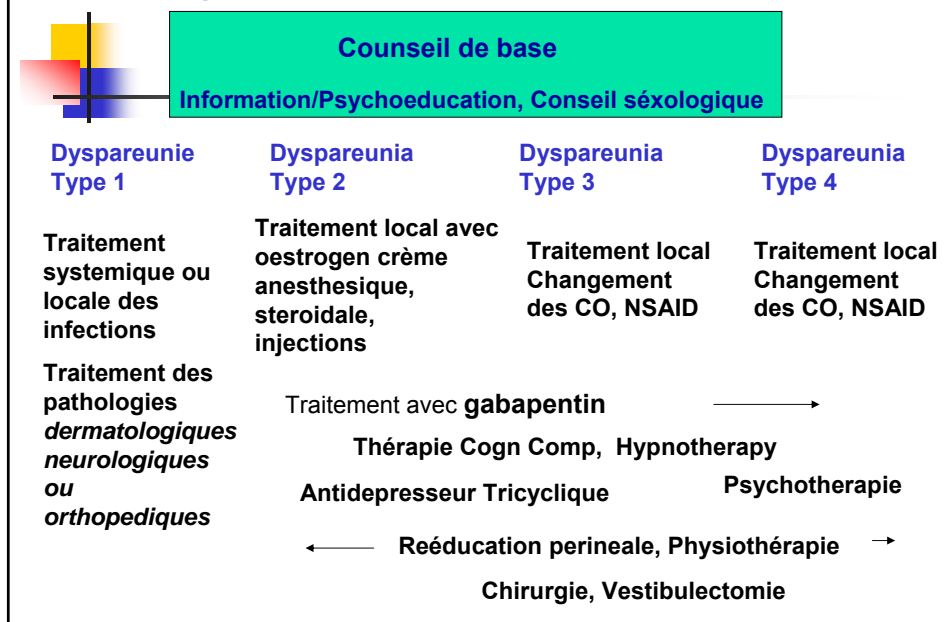




## 2. Pas

### Addresser et traiter les différents facteurs contribuant au symptôme

### Strategies thérapeutiques



## Thérapie de base



### Thérapie locale avec bepanthène avec massage doux

### Traitement analgésique prolongé

#### Selon les facteurs contribuant à la douleur:

- Traitement de l'atrophie p.ex oestrogène topique
- Soins de la peau avec Deumavan
- Traitement des infections ou inflammations récurrentes
- Physiothérapie/Biofeedback
- Thérapie des comorbidités éventuelles
- Dépression, Anxiété

Thérapie cognitive  
comportementale  
associée

- Reframing
- Distraction
- Relaxation

## Quels traitements ?



- Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. Updike GM, Wiesenfeld HC. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1404-9
- Cross-sectional survey. National Vulvodynia Association
- 2 vignettes cliniques: vulvodynie généralisée versus vulvodynie localisée
- 167 enquêtes (taux de réponse 51%)
- La thérapie la plus fréquente : Antidépresseur tricyclique
- Physiothérapie, oestrogènes, stéroïdes topiques locaux ou injectés, interféron, laser (sans différence entre vulvodynie localisée et généralisée)
- Vulvodynie généralisée: Antidépresseurs tricycliques, gabapentine, prise en charge psychiatrique aux cas généralisés: anesthésie locale ou vestibulotomie aux cas localisés



# Douleurs persistantes

## 3. Pas

### Local:

- p.e. Lidaesthesin Creme 3 fois par jour (anectodal)
- Lidocain / Cortcoid Injections (anectodal)
- Interferon  $\alpha$  Injections locales (cas singulaires)

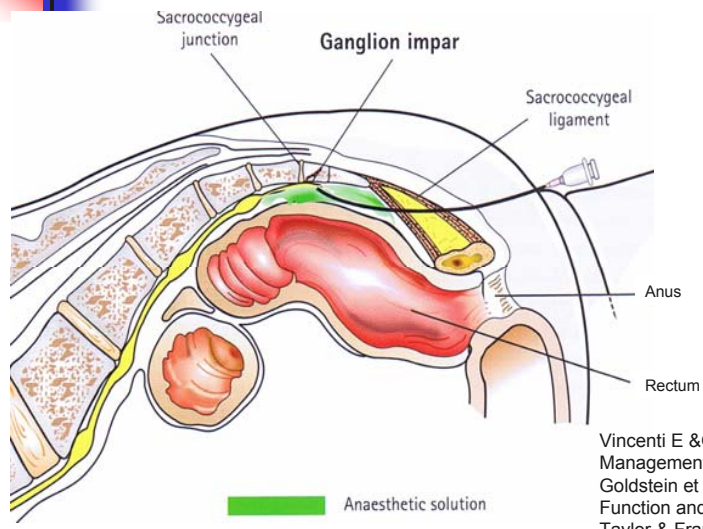
### Systemique:

- Amitryptilin 75-150 mg p.o. /jour <sup>1</sup>  
(Alternative: Desipramin 125-150 mg p.o. / jour <sup>2</sup>)
- Gabapentin 3 x100-600 mg p.o. jour <sup>3</sup>

1. Pagano R. Aust N Z J Obstet Gynecol 1999; 39 (1): 79- 83  
Mc Kay M. J Reprod Med 1993; 38: 9-13
2. Edwards L. Am J Obstet Gynecol 2003;189: S24-S30
3. Ben-David B. Anesth Analg 1999; 89: 1459-60  
Sasaki K. Tech Urol 2001; 7: 47-49  
Graziottin A et al. Poster presented at ISSWSH 2002



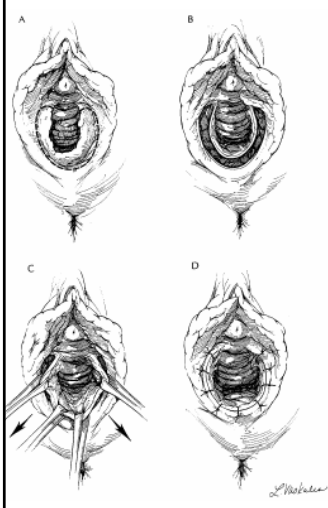
# Ganglion-Bloc



Vincenti E & Graziottin A:  
 Management by anesthetic blocks.  
 Goldstein et al: Womens sexual  
 Function and Dysfunction  
 Taylor & Francis, London 2006

## Dernier recours dans des cas bien sélectionnés.....

### — Intervention chirurgicales



**Table 1. Outcomes of Surgical Treatment Derived From the Responses to the Telephone Interview (N = 126)**

Outcome After Surgery	n*	Yes	%	95% CI(%)
Intercourse possible	121	113	93	80-98
Intercourse painless	122	76	62	53-70
Satisfactory sexual life	117	85	73	65-81
Positive recommendation	121	108	89	84-95

CI, confidence interval.  
 \* Not all 126 women were able to answer all questions (if, for example, they did not have a sexual partner).

Traas, MAF et al. Surgical Treatment for the Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Obstet Gynecol* 2006;107:256-62)

