

LA DYSPAREUNIE FÉMININE, PAS UN SIMPLE TROUBLE FONCTIONNEL !

BRICHANT G (1), CARVELLI P (1), MOÏSE A (1), NISOLLE M (1), PANARIELLO B (2), ROUSSEAU L (1)

RÉSUMÉ : La dyspareunie se définit par une douleur lors du rapport sexuel. Elle sera qualifiée de superficielle si elle survient lors de la pénétration du vagin, et de profonde lorsqu'elle apparaît lors de la pénétration complète et est décrite dans le bas du ventre ou dans le fond du vagin. Elle concerne entre 10 et 28 % des femmes au cours de leur vie et impactera de manière importante leur qualité de vie. Une prise en charge multidisciplinaire permettra un diagnostic précis et un traitement optimal. La collaboration entre médecin traitant, gynécologue, physiothérapeute et psychologue est une condition sine qua non pour l'amélioration de la qualité de vie des patientes.

MOTS-CLÉS : *Dyspareunie superficielle - Dyspareunie profonde - Traitement multidisciplinaire*

LA DYSPAREUNIE FÉMININE, NOT A SIMPLE FUNCTIONAL DISORDER !

SUMMARY : Dyspareunia is defined as pain during sexual intercourse. It will be qualified as superficial if it occurs during the vaginal penetration and as deep when it appears in the lower abdomen or further in the vagina. It concerns between 10 and 28 % of women during their lifetime and will have a significant impact on their quality of life. Multidisciplinary care will allow an accurate diagnosis and optimal treatment. The collaboration between general practitioner, gynecologist, physiotherapist and psychologist is mandatory in order to improve the quality of life of patients.

KEYWORDS : *Deep dyspareunia - Superficial dyspareunia - Multidisciplinary approach*

INTRODUCTION

La dyspareunie correspond à une douleur génitale survenant avant, durant ou après une relation sexuelle. Il s'agit d'un problème régulièrement rencontré en gynécologie. Cependant, l'évaluation de la douleur génitale fait l'objet de peu d'études et les questionnaires validés évaluant de manière objective la dyspareunie sont peu nombreux. La prévalence de la dyspareunie varie de 3 à 18 % et on estime que 10 à 28 % des femmes en seront affectées au cours de leur vie (1). On comprend, dès lors, l'impact significatif de la dyspareunie sur la santé physique, mentale ainsi que sur la qualité de vie des femmes.

On distingue la dyspareunie superficielle (DS), limitée à la vulve et à la partie basse du vagin, de la dyspareunie profonde (DP), localisée au niveau du fond vaginal ou du pelvis (2). La dyspareunie primaire survient dès le début de l'activité sexuelle alors que la dyspareunie secondaire apparaît après une activité sexuelle qui, jusque-là, se déroulait sans aucune douleur. Il existe des dyspareunies fonctionnelles, sans lésion organique sous-jacente, envisagées dans la dernière partie de cet article. Mais avant de conclure à ce diagnostic «fonctionnel», il convient d'abord d'exclure d'éventuelles patho-

logies susceptibles d'expliquer les plaintes et de pouvoir être prises en charge de façon spécifique, comme discuté en détail ci-dessous.

LA DYSPAREUNIE SUPERFICIELLE

La DS peut être la conséquence tant d'une lubrification insuffisante, d'une irritation, d'une lésion ou d'un traumatisme local, que d'une inflammation, d'une infection ou d'une pathologie cutanée. Il faudra également envisager un vaginisme ou des anomalies congénitales telles que les agénésies vaginales complète ou incomplète et le septum vaginal transverse, qui ne seront pas développés ici.

VULVODYNIE

Étymologiquement, vulvodynie provient du grec (odynie : douleur), se traduit par «vulve douloureuse» et est actuellement réservée aux douleurs chroniques. Bien que peu recherchée lors des consultations de gynécologie, la vulvodynie se définit comme un inconfort vulvaire (3). La difficulté de la mise au point provient de l'incompréhension du praticien qui observe un tissu sain face à une patiente qui souffre.

La vulvodynie peut être de deux types : la vulvodynie localisée, provoquée ou de contact, et la vulvodynie généralisée, spontanée, telle que la neuropathie pudendale (anciennement dysesthésique ou essentielle) (4, 5).

Ce diagnostic doit donc être évoqué après exclusion de toutes lésions vulvaires, infectieuses, traumatiques, cicatricielles, malformatives ou néoplasiques.

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Service de Psychologie clinique, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

LES VESTIBULODYNIES LOCALISÉES PROVOQUÉES

La douleur est localisée au niveau de la vulve, provoquée lors de l'introduction d'un tampon ou au moment de la pénétration, en l'absence de toute lésion visible. Le praticien reproduira la douleur lors de l'examen vulvaire avec un coton-tige.

Le vestibule vulvaire est un organe riche en terminaisons nerveuses, situé entre les petites lèvres, limité par la ligne de Hart, comprenant le méat urétral et l'entrée du vagin.

Les vestibulodynies provoquées (VDP) concernent 10 à 16 % des femmes, avec un pic de fréquence entre 20 et 29 ans et représentent environ 73 % de l'ensemble des douleurs vulvaires (6). Malgré cette prévalence élevée, seules 10 à 25 % des patientes bénéficient d'un diagnostic correct lors de la première consultation, probablement parce que 45 à 65 % des gynécologues déclarent ne pas avoir de connaissances suffisantes. Seuls 20 % des gynécologues connaissent le diagnostic de VDP et prescrivent un traitement adapté.

La physiopathologie de la VDP est expliquée par la richesse des terminaisons nerveuses et l'hyperalgésie (5, 7). La VDP entraîne une dysfonction périnéale, avec hypertonie et défaut de relaxation.

Plusieurs auteurs ont mis en avant des facteurs héréditaires en raison d'agrégation de cas familiaux et d'une susceptibilité génétique à la douleur et à l'inflammation chez ces femmes (5). La VDP est fréquemment associée au syndrome de vessie douloureuse, au côlon irritable et à la dysménorrhée.

Des infections répétées, des traumatismes obstétricaux, des modifications hormonales, des pathologies dermatologiques ou des facteurs influençant la sensibilisation centrale comme les troubles affectifs, relationnels et les traumatismes sexuels peuvent contribuer à l'hyperalgésie du vestibule vulvaire.

Le traitement de première ligne sera multimodal et prendra en compte l'hypersensibilisation, l'hyperalgésie et la dysfonction périnéale (5) :

- application bi-hebdomadaire au long cours d'anesthésiques locaux au niveau du vestibule vulvaire (lidocaïne 2-10 %). L'amitriptyline ou la gabapentine peuvent être proposées en topique local ou par voie générale. La prégabaline ou la duloxétine peuvent également être proposées par voie orale;
- rééducation périnéale;
- thérapies cognitivo-comportementales.

En cas d'échec, de nombreuses thérapeutiques existent dont les indications précises sont controversées : les infiltrations vestibulaires vulvaires par des anesthésiques locaux, corticoïdes ou acide hyaluronique; les injections de toxine botulinique dans le cadre d'hypertonie périnéale résistante à la rééducation, la stimulation nerveuse transcutanée électrique (TENS), le laser ou les técarthérapies.

La vestibulectomie (postérieure simple, des vestibules latéraux, totale et inter-clitorido-urétrale) et la vulvoplastie peuvent être proposées dans les cas rebelles, à condition d'être réalisées par des chirurgiens aguerris.

LES VESTIBULODYNIES GÉNÉRALISÉES/ SPONTANÉES

NÉVRALGIES PUDENDALES

La patiente se présentera pour des douleurs spontanées, exacerbées par la position assise, rarement bilatérales (5). À l'examen clinique, le contact avec le vestibule est possible sans douleur. La patiente décrira plutôt des douleurs neuropathiques sur le territoire du nerf pudendal et de ses branches rectale inférieure, périnéale et dorsale du clitoris. Le diagnostic repose sur les critères de Nantes (8) ([Tableau I](#)).

Les étiologies sont multiples, dont la plus fréquente est le syndrome d'Alcock (compression canalaire). Son traitement sera chirurgical par décompression du nerf en libérant la fibrose rétractile du ligament sacro-épineux et falciforme. Les étiologies «non canalaire» ou «non mécaniques» sont l'accouchement dystocique par étirement et compression en seconde phase de travail, un traumatisme direct, la chirurgie urogynécologique ou les causes métaboliques (diabète), toxiques (alcool), iatrogènes (chimiothérapie), infectieuses (herpès) ainsi que la compression par des muscles adjacents ou des processus tumoraux.

Le traitement sera médicamenteux (gabapentine, prégabaline, antidépresseurs tricycliques - amitriptyline ou SSRI - si répercussion

Tableau I. Neuropathie pudendale : critères de Nantes

1- Douleur dans la région anatomique du nerf pudendal
2- Exacerbation en position assise.
3- Pas d'éveil nocturne par la douleur
4- Pas de déficit de sensibilité à l'examen clinique
5- Réponse au bloc anesthésique du nerf pudendal

thymique ou sensibilisation centrale de la douleur) et physiothérapeutique. Une psychothérapie de soutien est, le plus souvent, recommandée. L'infiltration par anesthésiques locaux peut être proposée tandis que les corticoïdes semblent inefficaces (5).

En cas d'échec des mesures ci-dessus et de réponse positive à l'infiltration, la chirurgie de neurolyse pourra être proposée. Plusieurs techniques sont décrites avec des résultats similaires (60-80 % de réponse positive). En cas d'hypermobilisation centrale, les résultats sont moins bons avec un risque d'aggravation des symptômes. La sélection des patientes doit donc être rigoureuse. Dans les cas les plus réfractaires, la neuromodulation et le cathéter périmerveux à diffusion continue d'anesthésiques locaux sont envisagés, en fonction de la réponse au test d'infiltration.

VULVODYNIES DES SYNDROMES MYOFASCIAUX DES MUSCLES DU PÉRINÉE

Ce syndrome se définit par une douleur musculaire, souvent bilatérale, décrite comme une tension, un spasme, un étai et associée à la palpation d'un point gâchette (9). La douleur et le point gâchette sont associés à une corde musculaire très tendue par rétraction de fibres musculaires du périnée superficiel et profond.

Ces vulvodynies seront accompagnées de dyspareunie par hypertonie musculaire et sont fréquemment associées à la VDP, et toujours à l'hypermobilisation pelvienne centrale (10).

Le diagnostic est anamnestique avec une douleur de type myofasciale et clinique par la palpation de la corde et du point gâchette douloureux lors du toucher vaginal. L'imagerie sera rarement contributive.

Le traitement reposera sur l'application de chaleur par opposition aux douleurs neuropathiques aidées par le froid (5) et l'amitriptyline via son action sur la sensibilisation centrale. Le traitement de choix reste la rééducation périnéale externe et endocavitaire. Une thérapie cognitivo-comportementale sera proposée en cas de trouble anxieux ou de notion de trauma.

VULVODYNIES DE L'HYPERSENSIBILISATION PELVIENNE CENTRALE

La douleur sera spontanée, neuropathique sans territoire neurologique particulier, souvent bilatérale. La patiente pourra également décrire des douleurs myofasciales, une hyperesthésie cutanée, une clitorodynie ou une vestibulodynie provoquée (5).

Le traitement sera multidisciplinaire et inclura une désensibilisation centrale par antidépresseurs associés à des antalgiques de palier 2. L'infiltration pudendale et les antalgiques de palier 3, comme les morphiniques, sont contre-indiqués (5). La rééducation périnéale luttera contre l'hypertonie réflexe et favorisera le traitement des troubles de miction et la constipation. Le TENS et la thérapie cognitivo-comportementale et de soutien doivent être suggérés.

VULVODYNIES PAR SENSIBILISATION PÉRIPHÉRIQUE

Elles sont la conséquence de lésions locales, souvent cicatricielles (épisiotomie, chirurgies vulvaires). Elles sont plus fréquentes en cas de complications ou de traumatismes associés. La douleur franche et l'hyperalgésie de contact ne plaident pas en faveur de la névralgie pudendale (5). Le traitement sera celui des neuropathies post-opératoires (gabapentine, anesthésiques locaux et TENS)

CAUSES DERMATOLOGIQUES DE DYSPAREUNIES SUPERFICIELLES

Dès l'anamnèse, une pathologie dermatologique responsable de dyspareunie peut être suspectée. Durant l'examen clinique, il est nécessaire de réaliser un examen complet au spéculum afin de visualiser toute la muqueuse vaginale et d'inspecter la vulve et la zone périanales à la recherche des signes suivants : un érythème, une abrasion, une érosion, une décoloration, une sécheresse ou des leucorrhées pathologiques.

Les pathologies dermatologiques retrouvées dans les dyspareunies superficielles sont l'eczéma, le psoriasis, le lichen simplex chronique, le lichen scléreux ou une néoplasie intraépithéliale vulvaire (VIN).

Il est conseillé d'effectuer une biopsie lors de l'identification d'une lésion vulvaire atypique telle qu'une lésion persistante, une ulcération, une lésion érythémateuse voire pigmentée, ou en cas d'évolution péjorative d'une lésion préexistante.

CAUSES IATROGÈNES/TRAUMATIQUES

Les causes iatrogènes sont d'origine chimique lors d'un traitement topique avec des immunomodulateurs ou pendant une chimiothérapie. Une origine physique après une thérapie par laser, thermocoagulation, radiothérapie ou après une vulvoplastie est possible.

DYSPAREUNIES DU POST-PARTUM

Les lésions obstétricales sont une cause importante de DS d'origine iatrogène. La dyspareunie du post-partum est un trouble courant pourtant souvent tabou. Après un premier accouchement par voie basse, les femmes souffrent de dyspareunies à 3 mois pour 41 % d'entre elles et à 6 mois pour 22 % (11). L'étirement périnéal, les lacérations, l'accouchement vaginal instrumental et l'épisiotomie peuvent entraîner une cicatrisation sclérotique et une dyspareunie. Le post-partum, en particulier chez les femmes qui allaitent, est marqué par une diminution des œstrogènes circulants, induisant une sécheresse vaginale. Les problèmes psychosexuels de la période post-partale peuvent entraîner une diminution de l'excitation et de la lubrification. Les lubrifiants sont le traitement de première intention. Les femmes qui présentent une dyspareunie persistante associée à des malformations ou à des cicatrices périnéales identifiables peuvent bénéficier d'une périnéoplastie, bien que celle-ci soit généralement réservée aux distorsions anatomiques importantes (12).

DYSPAREUNIES DUES À DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (MGF)

Les causes traumatiques peuvent être dues à des mutilations sexuelles féminines ou un abus sexuel. L'Organisation Mondiale de la Santé décrit les mutilations sexuelles féminines comme «*toutes interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales*» (13). Elles sont le plus souvent effectuées entre l'enfance et l'âge de 15 ans et constituent une violation des droits des enfants. Les conséquences à long terme sont à la fois physiques (cystites fréquentes, dyspareunies) et psychologiques. Elles provoquent des douleurs violentes et peuvent entraîner des difficultés lors de l'accouchement qui mettent l'enfant et la mère en danger (14). Vu l'hétérogénéité des types de mutilation, des lésions retrouvées et des plaintes exprimées, il est difficile de quantifier cette dyspareunie (15).

En Belgique, le 31/12/2020, la population concernée par l'excision était estimée à 35.459. À Liège, on note que 4.381 filles/femmes, soit 0,79% de la population féminine est concernée (16).

Dans un contexte de trouble de la satisfaction sexuelle isolée, une prise en charge psychosexologique est la première étape. Ensuite, chez les patientes qui gardent une insatisfaction, la

chirurgie de reconstruction clitoridienne semble indiquée (17). Environ 46 % des patientes opérées décrivent une amélioration du plaisir clitoridien et 50 % une réduction de la dyspareunie. La chirurgie réparatrice est indiquée en première intention en cas de trouble organique fonctionnel dont la clinique est dominée par des douleurs, une dyspareunie, des infections locales et des phénomènes de compression (18).

LA DYSPAREUNIE PROFONDE

LES PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES

ENDOMÉTRIOSE

L'endométriose est une étiologie fréquemment associée à la DP. Elle se définit par la présence de tissu endométrial stromal et épithélial en dehors de la cavité utérine. Les lésions responsables de dyspareunie sont, le plus souvent, retrouvées dans le cul de sac de Douglas. Les cellules endométriales vont ensuite survivre, proliférer, favoriser une angiogenèse et être à l'origine d'une réaction fibreuse (19). Cette fibrose réactionnelle est responsable de douleurs lors de la mobilisation du col utérin, notamment lors des relations sexuelles, et peut être reproduite lors du toucher vaginal.

Après la réalisation d'un bilan échographique et radiologique, une exérèse précise des lésions d'endométriose par voie laparoscopique permet de réduire, de manière significative, l'intensité de la DP (20).

LE SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNopause

Le syndrome génito-urinaire est responsable d'une DP ou DS chez 44 % des patientes se plaignant également de pollakiurie. Elle survient en raison d'une atrophie de la muqueuse vaginale entraînant un raccourcissement du vagin avec une perte d'élasticité et de flexibilité. Le traitement hormonal substitutif systémique ou local permet une amélioration (21, 22).

SOURCES IATROGÈNES

Les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale se plaignent plus fréquemment de dyspareunie qu'en cas de voie coelioscopique, probablement par raccourcissement vaginal plus important (23). La prise en charge propose des œstrogènes locaux pouvant être combinés avec des dilataateurs progressifs (24). Après radiothérapie, 40 % des patientes

développent une DP proportionnelle à la réduction de l'élasticité vaginale post-radique (25).

PROLAPSUS PELVIENS

La dyspareunie est retrouvée chez 35 % des patientes avec prolapsus sans distinction de DS ou DP. Le traitement par pessaire ou physiothérapie permet une augmentation de l'activité sexuelle. L'effet bénéfique sur la dyspareunie de la prise en charge chirurgicale doit être prouvé (26).

SYNDROME DE CONGESTION PELVIENNE

Le syndrome de congestion pelvienne se définit par un reflux veineux des varices ovariennes et péri-utérines lié à un taux élevé d'œstrogènes (27, 28). Ce syndrome concerne 10 % de la population féminine. Une dyspareunie (superficielle ou profonde) ainsi qu'une douleur post-coïtale sont retrouvées chez environ 60 % des femmes. La prise en charge peut être hormonale ou chirurgicale. La radiologie interventionnelle démontre une amélioration significative (29).

FIBROMES UTÉRINS

Une DP est décrite chez 25 % des patientes porteuses de fibromes utérins, le plus souvent fundiques, proportionnellement à leur volume (30). La prise en charge est tant chirurgicale que médicale, montrant une amélioration significative des symptômes avec de meilleurs résultats après myomectomie (31-33).

POSITION UTÉRINE

La rétroversion utérine concerne 20 % des femmes dont deux tiers se plaignent de dyspareunie (34). La douleur est expliquée par la contrainte mécanique : le contact avec le corps utérin dans le cul de sac de Douglas, d'une part, et la traction des ligaments utéro-sacrés par l'antériorisation forcée du col, d'autre part. Des études rétrospectives évaluant la cure chirurgicale montrent une réduction significative et durable des symptômes pelviens et de la dyspareunie (35).

LES PATHOLOGIES NON GYNÉCOLOGIQUES

PATHOLOGIES UROLOGIQUES

Les cystites interstitielles et le syndrome de vessie douloureuse sont caractérisés par des douleurs, une pression, un inconfort vésical sans infection ou autre pathologie (36). Dans une étude prospective de Lovell et Ford, 49 %

des patientes présentent une dyspareunie et 32 % une dyspareunie secondaire (37). La dyspareunie est expliquée par la vessie irritative, mais également par un dysfonctionnement du plancher pelvien. Chez les patientes souffrant d'endométriose, on retrouve une relation entre l'intensité de la DP et la présence de ces deux pathologies (38). La vulvodynie associée est responsable de DS (39).

La prise en charge est multimodale (physiothérapie, éducation vésicale, modifications alimentaires, traitement oraux et/ou instillations intra-vésicales) et est d'autant plus efficace que le diagnostic et la prise en charge sont précoces (40).

PATHOLOGIES INTESTINALES

Environ 16 % des patientes souffrant d'un côlon irritable rapportent une dyspareunie. En ce qui concerne les patientes avec maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, 18 à 40 % souffrent de dyspareunie. La dyspareunie est plus fréquente dans la population qui a nécessité une chirurgie. Chez ces patientes, les études ne distinguent pas la DP ou DS (25, 26).

DYSPAREUNIES FONCTIONNELLES LIÉES À DES PATHOLOGIES PSYCHOLOGIQUES

Les dyspareunies peuvent aussi être analysées sous l'angle sexo-fonctionnel. En effet, une lubrification insuffisante peut conduire à l'apparition, voire à l'entretien des douleurs coïtales.

Pour rappel, au cours d'une excitation sexuelle, l'organisme subit d'importants changements dus à la myotonie ainsi qu'à la vasodilatation (41). En première phase, dite phase d'excitation, les principales réactions sur le clitoris, la vulve et le vagin sont les suivantes : sur le clitoris, une tumescence du gland, ainsi qu'un allongement et une congestion de sa tige; sur la vulve, des phénomènes vasculaires provoquent un éloignement des grandes lèvres permettant de dégager l'entrée de l'orifice ainsi qu'une expansion des petites lèvres poursuivant le même objectif; sur le vagin, une lubrification des parois apparaît quelques secondes après le début de la stimulation, ses parois s'écartent et s'allongent; enfin, l'utérus se retire. La phase d'excitation est, de toute évidence, une phase de préparation au coït ou au plaisir lors des jeux sexuels.

Les dyspareunies peuvent ainsi être le reflet d'un manque de réceptivité sexuelle, elle-même sous-tendue par un désir sexuel hypoactif. Le DSM-5 (42) le définit comme une déficience

ou une réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants :

- une absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle;
- une absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasmes imaginatives;
- peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle;
- une absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes - ou toutes - (environ 75-100 %) les situations de rencontres sexuelles;
- une absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes;
- une absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes - ou toutes - les rencontres sexuelles.

Hubin et coll. proposent un modèle compréhensif global qui suggère que le fonctionnement sexuel individuel s'appuie sur cinq axes, à savoir les facteurs cognitifs, physiologiques, comportementaux, émotionnels et environnementaux (43). C'est pour cette raison que le traitement des dyspareunies conduira souvent le clinicien à recourir à une approche holistique de la patiente et de sa sexualité. De même, Merlino et coll. présentent leurs conclusions sur les stratégies thérapeutiques de la douleur dans le cas particulier de la vulvodynie (44).

Dans cette étude, plusieurs points retiennent notre attention :

1. Les patientes souffrant de vulvodynie présentaient une sensibilité accrue à la stimulation des zones périphériques, suggérant une modulation centrale de la douleur.
2. Les auteurs plaident en faveur d'une étiologie psychologique des vulvodynies les mettant en lien avec des traumatismes sexuels pendant l'enfance, des conflits de couple et, enfin, des troubles de l'adaptation au stress.
3. Les formes les moins sévères devraient bénéficier en première intention d'un accompagnement psychologique (cognitivo-comportemental) et/ou sexologique.
4. En cas d'échec de la première ligne de traitement, la prise en charge multidisciplinaire devra être proposée.

Deux autres points d'attention devraient rester présents dans l'esprit du clinicien. L'anamnèse

devrait inclure une évaluation des antécédents historiques traumatiques ainsi que du niveau de conflits conjugaux. Jarousse et coll. (45) rappellent que la violence sexuelle est la première cause de maltraitance infantile sachant que 80 % des victimes sont de sexe féminin. Dans le même ordre d'idées, jusqu'à 75 % des femmes adultes victimes de viol sont susceptibles de développer un état de stress post-traumatique.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

1. La plainte sexuelle (type rejet - dégoût) est «noyée» dans une symptomatologie anxieuse réactionnelle post-traumatique plus large (souvent état de stress aigu). La patiente se plaindra surtout du versant émotionnel des symptômes post-traumatiques.
2. La plainte sexuelle ou conjugale (type aversion, vaginisme et/ou dyspareunies secondaires) peut être déclenchée par un événement intercurrent de la vie quotidienne, y compris l'exposition simple aux prémices d'un rapport.

Dans les deux situations, la priorité sera donnée au traitement du traumatisme.

Enfin, De Sutter rappelle la fonction essentiellement psycho-sociale de la sexualité humaine (46). De même, selon Germain et Langis, la sexualité humaine est inévitablement influencée par le style d'attachement, le style amoureux, le sentiment amoureux ainsi que la qualité des échanges (47). Il appartient, dès lors, au clinicien de tenir compte de la santé affective conjugale dans la mise en place du projet de soins, afin de répondre aux éléments systémiques qui pourraient interférer avec la prise en charge strictement médicale.

CONCLUSION

La dyspareunie est une pathologie fréquente peu discutée lors des consultations. Le diagnostic peut être difficile, notamment en raison de l'absence de lésion visible par le praticien. Une meilleure connaissance de la pathologie et surtout un accompagnement multidisciplinaire sont la clé de voûte du traitement de ces patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RH, et al. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodinia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:40.e1-8.
2. Fritzer N, Tammaa A, Haas D, et al. When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;197:36-40.

3. Bois E, Clément C, Graesslin O. Vulvodynies essentielles. EMC 2011. p. 162-A-20. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/409659/vulvodynies-essentielles>
4. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med* 2004;**49**:772-7.
5. Bautrant E. Vulvodynies. EMC Gynécologie 2022. p. 1-9. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1528962/vulvodynies>
6. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* (1972) 2003;**58**:82-8.
7. Regauer S, Eberz B, Beham-Schmid C. Mast cell infiltrates in vulvodynia represent secondary and idiopathic mast cell hyperplasias. *APMIS* 2015;**123**:452-6.
8. Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *NeuroUrol Urodyn* 2008;**27**:306-10.
9. Giamberardino MA, Affaitati G, Fabrizio A, Costantini R. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011;**25**:185-98.
10. Bautrant E, Porta O, Murina F, et al. Provoked vulvar vestibulodynia: epidemiology in Europe, physio-pathology, consensus for first-line treatment and evaluation of second-line treatments. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2019;**48**:685-8.
11. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* 2012;**119**:647-55.
12. Woodward AP, Matthews CA. Outcomes of revision perineoplasty for persistent postpartum dyspareunia. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2010;**16**:135-9.
13. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Mutilations sexuelles féminines 2023 [Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. Dernière consultation le 02/02/2023.
14. Morgan J. Working towards an end to FGM. *Lancet* 2015;**385**:843-4.
15. Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992;**69**:479-82.
16. Swenen L, Brichant G, Kaluanga A, et al. Les mutilations génitales féminines : le point sur la situation au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle. *Rev Med Liege* 2017;**72**:25-31.
17. Foldes P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012;**380**:134-41.
18. Abdulcadir J, Bianchi-Demicheli F, Petignat P. Fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine. *Rev Med Suisse* 2017;**13**:597-601.
19. Nisolle M, Alvarez ML, Colombo M, Foidart JM. L'endométriose: de la recherche à la pratique clinique. *Bull Mem Acad R Med Belg* 2007;**162**:263-72; discussion 73-4.
20. Malekmaleki S, Shahali S, Moini A. Sexual self-efficacy and sexual quality of life before and after laparoscopic surgery in women with endometriosis lesions: a cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed* 2022;**20**:469-76.
21. Gandhi J, Chen A, Dagur G, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol* 2016;**215**:704-11.
22. Matthes Â. Current commentaries about deep dyspareunia and the genito-urinary syndrome of menopause. *MOJ Women's health* 2017;**5**:225-7.
23. Siedhoff MT, Carey ET, Findley AD, et al. Post-hysterectomy dyspareunia. *J Minim Invasive Gynecol* 2014;**21**:567-75.
24. Antosh DD, Gutman RE, Park AJ, et al. Vaginal dilators for prevention of dyspareunia after prolapse surgery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013;**121**:1273-80.
25. Stinesen Kollberg K, Waldenstrom AC, Bergmark K, et al. Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors. *Acta Oncol* 2015;**54**:772-9.
26. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;**108**:93-9.
27. Durham JD, Machan L. Pelvic congestion syndrome. *Semin Intervent Radiol* 2013;**30**:372-80.
28. Soysal ME, Soysal S, Vicdan K, Ozer S. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Hum Reprod* 2001;**16**:931-9.
29. Vercellini P, Daguati R, Abbiati A. Chronic Pelvic Pain. In Arici A, Seil E, editors. *Non-invasive management of gynecologic disorders*. 1st ed. London;CRC Press:2008. p. 33-51.
30. Moshesh M, Olshan AF, Saldana T, Baird D. Examining the relationship between uterine fibroids and dyspareunia among premenopausal women in the United States. *J Sex Med* 2014;**11**:800-8.
31. Till SR, Hobbs KA, Moulder JK, et al. Change in sexual function at one year among women undergoing hysterectomy for pain-related versus non-pain indications. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;**22**:S16.
32. Ertunc D, Uzun R, Tok EC, et al. The effect of myoma uteri and myomectomy on sexual function. *J Sex Med* 2009;**6**:1032-8.
33. Jacoby VL, Jacoby A, Learman LA, et al. Use of medical, surgical and complementary treatments among women with fibroids. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;**182**:220-5.
34. Fauconnier A, Dubuisson JB, Foulot H, et al. Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;**127**:252-6.
35. Ott J, Nouri K, Demmel M, et al. Fourteen-year experience with laparoscopic ventrosuspension in patients with retroverted and retroflected uterus and pelvic pain syndromes. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;**17**:749-53.
36. Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, et al. AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Urol* 2011;**185**:2162-70.
37. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;**107**:991-1000.
38. Orr NL, Noga H, Williams C, et al. Deep dyspareunia in endometriosis: role of the bladder and pelvic floor. *J Sex Med* 2018;**15**:1158-66.
39. Reed BD, Sen A, Harlow SD, et al. Multimodal vulvar and peripheral sensitivity among women with vulvodynia: a case-control study. *J Low Genit Tract Dis* 2017;**21**:78-84.
40. Whitmore K, Siegel JF, Kellogg-Spaldt S. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: a diagnosis to consider. *J Sex Med* 2007;**4**:720-7.
41. Germain B, Langis P. Réponse sexuelle. Dans: *La sexualité humaine*. 1^{ère} éd. Paris: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc: 2009. p. 69-97.
42. American Psychiatric Association(AP). DSM-5®: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^{ème} édition. Issy les Moulineaux;Elsevier Masson SAS:2015.
43. Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies* 2011;**20**:178-87.
44. Merlino L, Titi L, Pugliese F, et al. Vulvodynia: pain management strategies. *Pharmaceuticals (Basel)* 2022;**15**:1514.
45. Jarousse N, Beaudry M, Boisvert J-M. Stratégies thérapeutiques face aux conséquences sexuelles et conjugales des victimes d'agression sexuelle. Dans Poudat FX éditeur. *Sexualité, couple et TCC Volume 2: les difficultés conjugales*. Issy les Moulineaux;Elsevier Masson:2011. p131-44.
46. De Sutter P. La sexualité des gens heureux. 1^{ère} éd. Paris; Les Arènes:2009.
47. Germain B, Langis P. Amour, couple et communication intime. Dans *La sexualité humaine*. 1^{ère} édition. Paris; Editions du Renouveau Pédagogique Inc:2009. p312-30.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Brichant G, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Liège, Citadelle Liège, Belgique.
Email : gbrichant@chuliege.be