

J Gynecol Obstet Hum Reprod 48 (2019) 685-688

Vestibulodynies provoquées (VDP): épidémiologie, mécanismes et recommandations

E Bautrant, C Levêque, C Penager, O Franké, O Bredeau, M Santos, T Bensousan

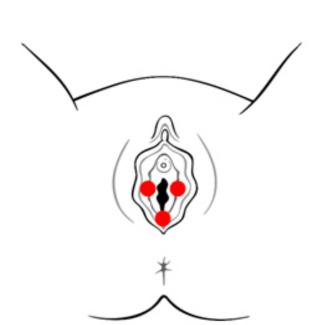


Centre L'Avancée – Clinique Axium Réhabilitation Pelvi-périnéale AIX-EN-PROVENCE. FRANCE





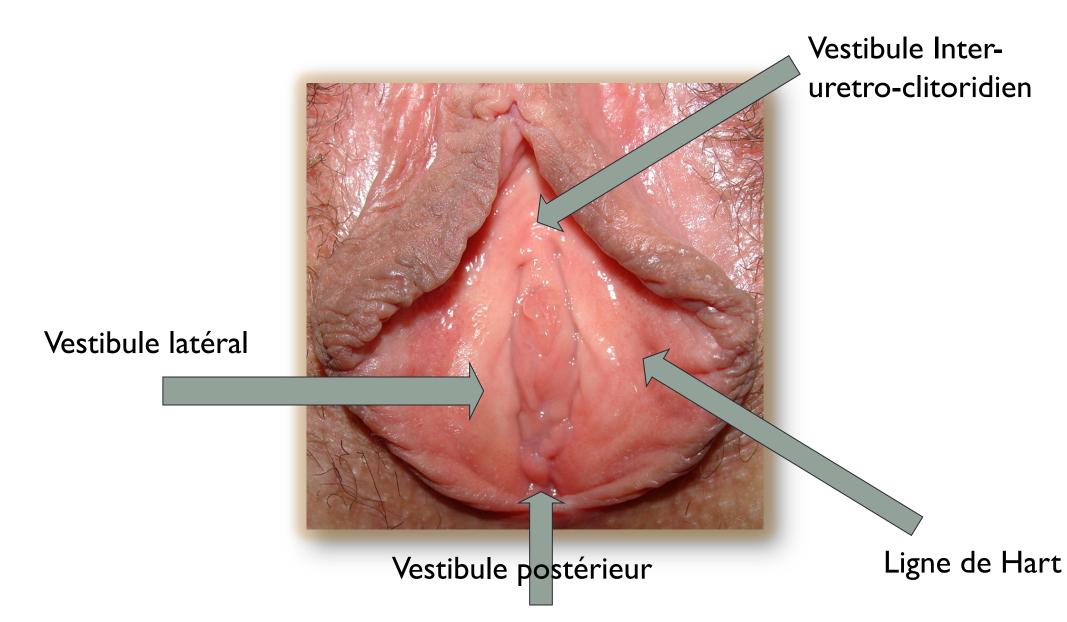




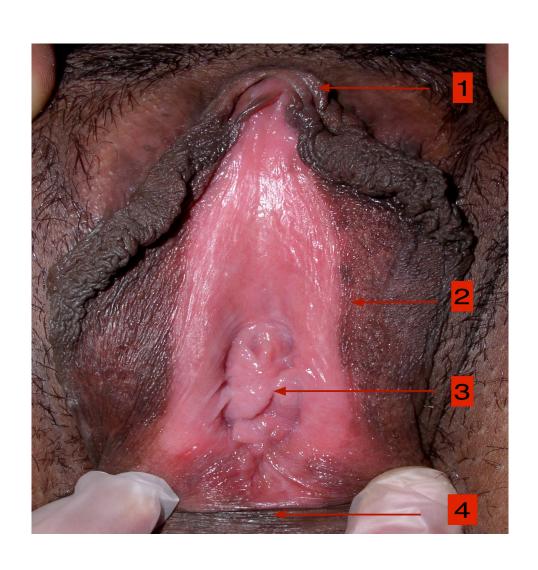
Epidemiologie en Europe

- Registre Italien Progetto Vu-net: VDP représente 72,6% des l'ensemble des douleurs vulvaires. Elle touche les femmes de tous âges avec un pic de fréquence entre 20 et 29 ans (29%)
- la prévalence peut être évaluée entre 10 et 16% des femmes
- Seulement 10 à 25% des patientes obtiennent le bon diagnostic dés leur première visite gynécologique.
- 45 à 65% des gynécologues n'ont pas de connaissance diagnostique de la VDP.
- Prés de 20% des gynécologues connaissent la VDP mais estiment que ce n'est pas à eux de commencer un traitement.
- Seulement 20% des gynécologues connaissent le diagnostic de VDP et mettent en route un traitement adapté

VDP: anatomie du vestibule vulvaire



VDP: anatomie du vestibule vulvaire



VDP: anatomie et embryologie du vestibule



Anatomie: entre la ligne de hart and l'hymen

Embryologie:

Epithelium transitionnel dérivé du sinus uro-génital

Histologie: très haute concentration en terminaisons Nerveuses

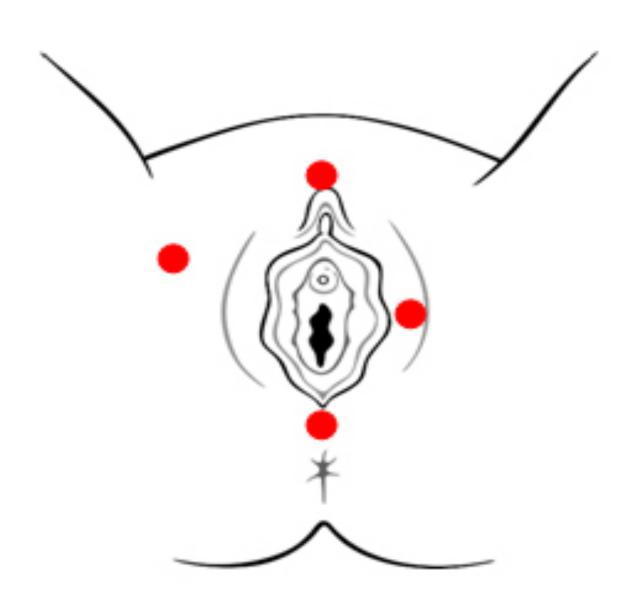
VDP : le symptôme principal est la dyspareunie d'introduction



VDP: Le diagnostic

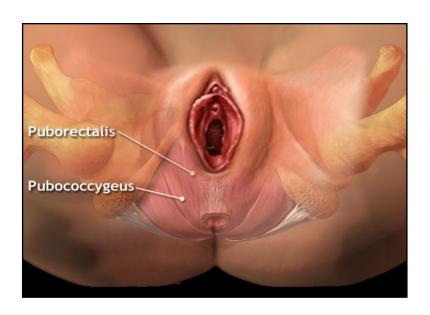


Faire la différence avec: le vulvodynie spontanée dont le modèle est le névralgie pudendale



Faire la différence avec: Le vaginisme

- Contraction spastique périnéale involontaire SANS DOULEUR.
- Ce n'est pas une « dyspareunie »? (du Grec « dus » difficulté et «pareunos » partenaire de lit)
- Désordre émotionnel et physique: phobie de la pénétration
- Vaginisme: le rapport sexuel est désiré mais impossible
- Vulvodynie: le rapport sexuel est possible mais douloureux



Mécanismes des VDP

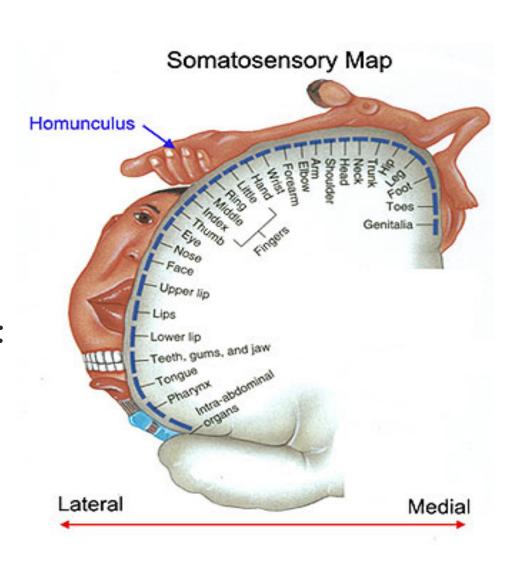
IL FAUT PENSER AUTREMENT:

- Ce n'est pas une pathologie vulvaire: ni une infection, ni un trouble hormonal, ni une atrophie, ni « une sécheresse », ni une « papillite », ni un trouble de la lubrification, ni une « skenite », ni une « vestibulite », ni une manifestation hystérique, etc..
- C'est un modèle d'hypersensibilisation locale
- Cela peut-être aussi : un marqueur d'<u>hypersensibilisation pelvienne</u> ou un mode d'entrée dans la maladie (10 à 15%)

VDP: un modèle de sensibilisation Hypersensibilisation centrale et périphérique

- Diminution des seuils de la douleur
- + Hypertonie
 musculaire périnéale+++
- + Dysfonction autonomique:
 - = inflammation, œdème vestibulite ++
- Giamberardino MA

Viscero-visceral hyperalgesia Pain 2010 Nov; 151 (2): 307-22



Infections vulvaires sévères HPV à tropisme vulvaire Causes inconnues Lésions vulvaires obstétricales Episiotomies et déchirures Cicatrices périnéales Lichen scléroatrophique

Atrophies ménopausiques





Sensibilisation du vestibule







Réaction psychogène négative



<u>Hypertonie et Contracture</u> <u>des</u> <u>muscles du périnée</u>



Trauma affectif ou sexuel

Recommandations pour le traitement de première ligne (Convergences PP oct 2018)

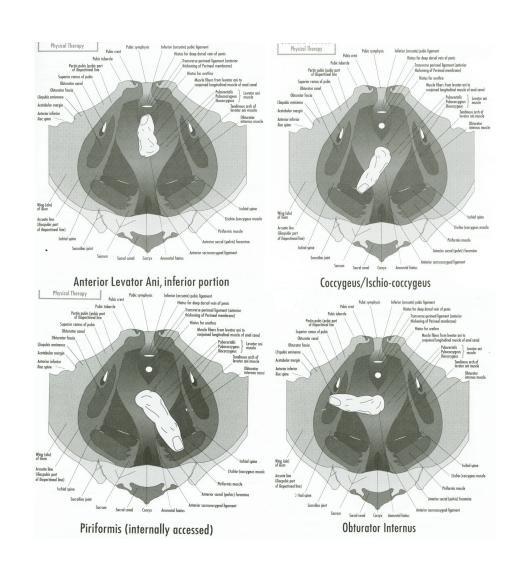
J Gynecol Obstet Hum Reprod 48 (2019) 685-688

- 1/ traitement de l'hypertonie périnéale et globale
- Rééducation en relâchement musculaire++++ biofeedback négatif (A)
- 2/ traitement de la sensibilisation du vestibule
- Application bi-journalière au long cours d'anesthésiques locaux (Lidocaine 2 – 10% (A)
- Association possible : amitriptyline (B)
- 3/ thérapeutiques cognitivo-comportementales
- Psychothérapies cognitivo-comportementales, psychosexuelles et si trauma, thérapies centrales (EMDR, Hypnose), **(A)**

1. Rééducation périnéale

Rééducation externe et Progressivement manuelle endo-cavitaire

- •Relâchement miusculaire
- Bio-feedback négatif
- •Traitement dysynergies vésicales et rectosphincteriennes
- Traitement global de l'hypertonie périnéale



2. Traitement de la sensibilisation du vestibule

Crème à appliquer, au niveau du vestibule vulvaire, 2 à 3 / jour, tous les jours pendant 3 mois:

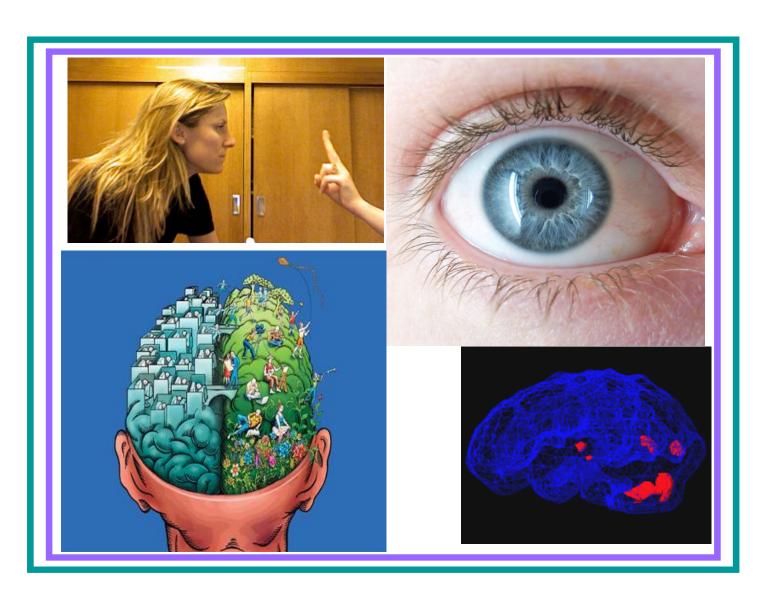
- Chlorydrate de Lidocaine 10%
- Eau purifiée: 15%
- Lanoline anhydrique: 35%
- Vaseline blanche: 40%

Préparation magistrale sans équivalence pharmaceutique

•Amitriptyline, Duloxetine,...

Thérapies cognitivo-comportementales

Thérapies centrales (EMDR): sensibilisation post-trauma



Les traitements de deuxième ligne

(Convergences PP oct 2018)

J Gynecol Obstet Hum Reprod 48 (2019) 685-688

- 1/ Infiltrations du vestibule vulvaire
- Acide hyaluronique ?, corticoides ?
- Toxine Botulinique (B Parratte, 2017) (B)
- 2/ Autres thérapeutiques du vestibule vulvaire
- Laser ? déconseillé
- Técarthérapies et photobiomodulation (C)
- Stimulation nerveuse transcutanée vulvaire (TENS) du vestibule vulvaire (F Murina). (B)
- 3/ Traitement de l'hypertonie périnéale
- Toxine Botulinique (A)
- 4/ Chirurgie
- Lipo-filling (C)
- Vestibulectomie-Vulvoplastie (B)

Lorsque tout échoue?

- Après le traitement de première ligne
- Après la rééducation périnéale, le traitement de l'hypertonie, les injections de TB si nécessaire.
- Après les TCC
- Après le Tens, la Photobiomodulation, le lipofilling.

Quand le vestibule est toujours douloureux?

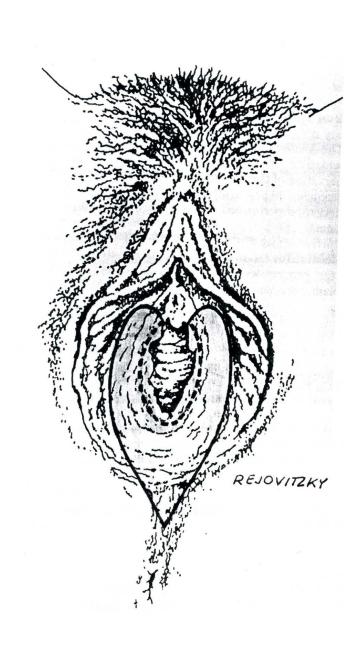
- La Vestibulectomie vulvaire est une option.
- Elle n'est pas satisfaisante au plan intélectuel;
- Mais ça marche !!! (60 à 90% d'améliorations).
- Ce n'est pas dangereux: pas de rôle du vestibule dans la fertilité, l'accouchement, le désir sexuel, l'orgasme...
- Le seul risque: kyste de la glande de Bartholin post-op (sténose du canal excrétoire: inférieur à 1%).

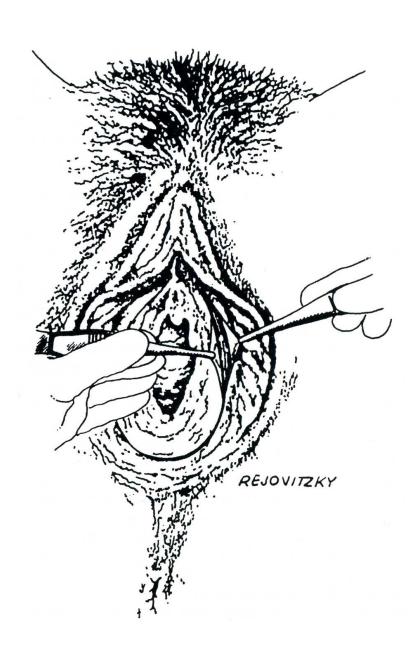
Resultats de la Littérature

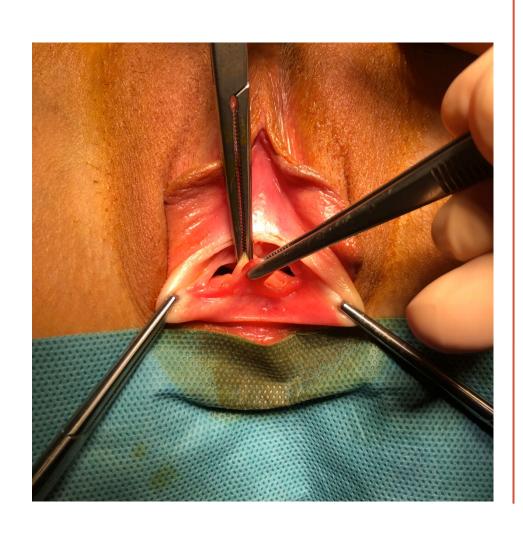
• "La vestibulectomie représente, parmi les options thérapeutiques que nous avons positionné en seconde ligne, la technique qui bénéficie du plus grand nombre de publications dans la littérature et depuis le plus grand nombre d'années, avec un grade B de niveaux de preuve et incontestablement un grand nombre de guérisons ".

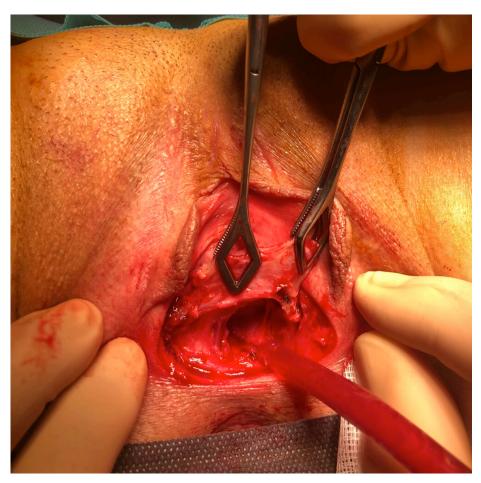
Convergences PP Network Consensus document

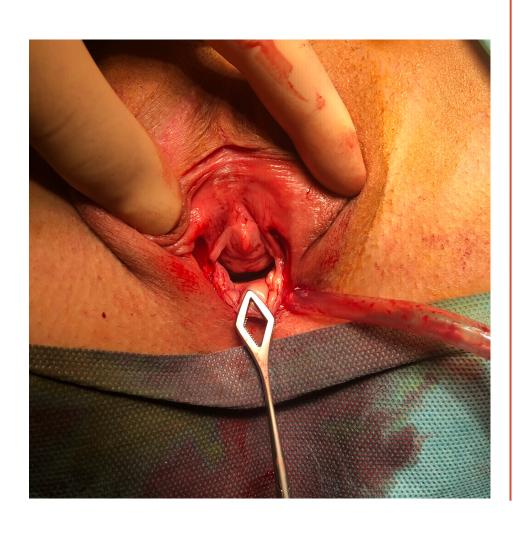
- **De Andres J**, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM et al. Vulvodynia : An evidence-based literature review and propsed treatment algorithm. Pain Pract 2016 Feb; 16(2):204-36
- Goldstein AT, Pukall CF, Brown G, Bergeron S et al. Vulvodynia:
 Assessment and treatment. J Sex Med 2016 Apr; 13(4): 572-90

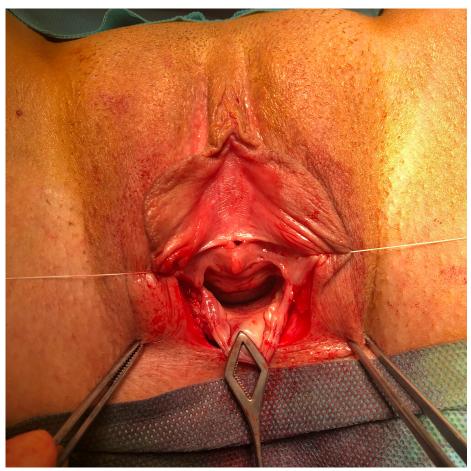






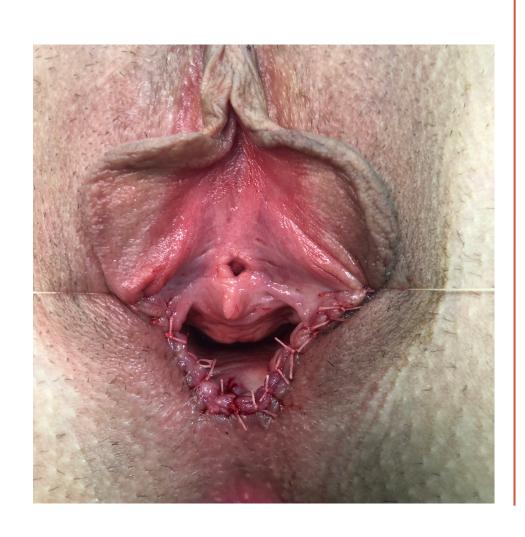






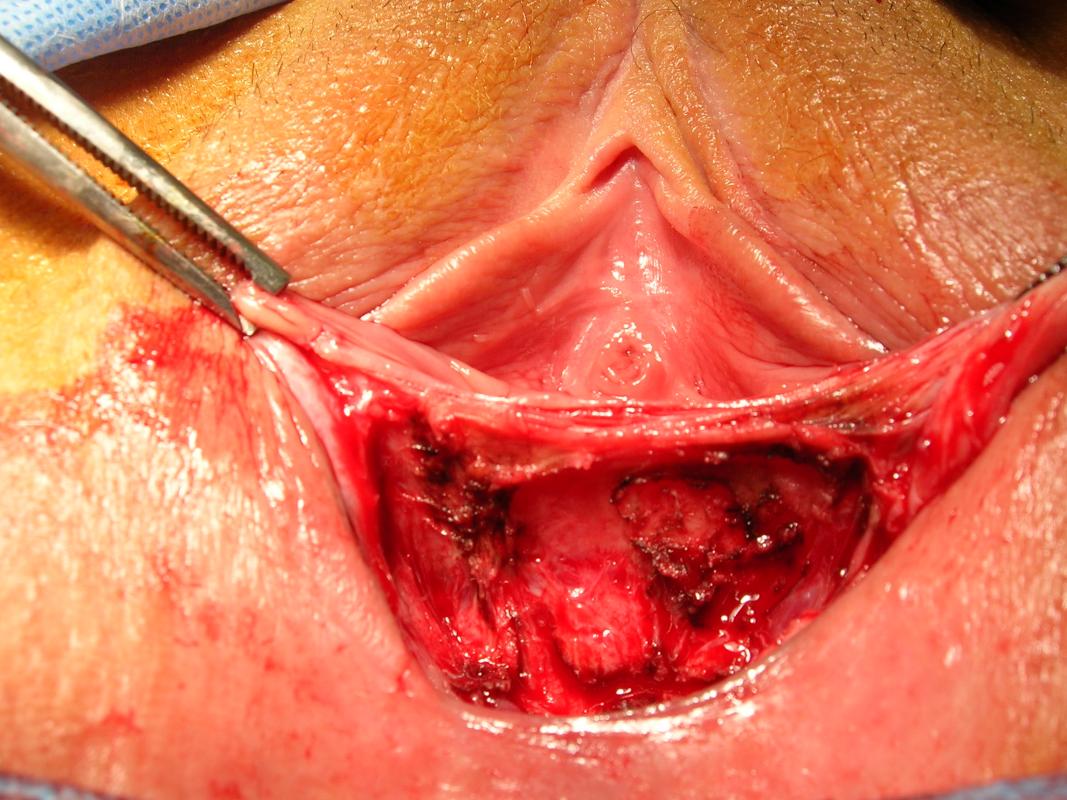




















OBSTETRICAL AND PERINEAL PROGNOSIS IN PATIENTS WITH OR CURED OF PROVOKED VULVAL VESTIBULODYNIA

P. Hemery¹, C. Levêque^{2,3}, M. Santos³, C Penager², C Nina¹, AF M-Planté², E Bautrant^{2,3}

- 1. École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée, Aix Marseille Université, Bd Pierre Dramard, 13015 Marseille, France.
- 2. Centre médico-chirurgical gynécologie et sénologie L'Avancée, Clinique Axium, 31-33 Avenue du Marechal de Lattre de Tassigny, 13090 Aix en Provence, France.
- 3. Centre de Recherche en Santé de la Femme, 31-33 Avenue du Marechal de Lattre de Tassigny, 13090 Aix en Provence, France.







Methods

Quantitative and single-center study

- retrospective data collection
- questionnaire
- March 2020 to July 2020

Study population

- 158 patients
- 239 deliveries

Statistical analysis

- Chi-squared test
- Patients with and without
 - severity criteria



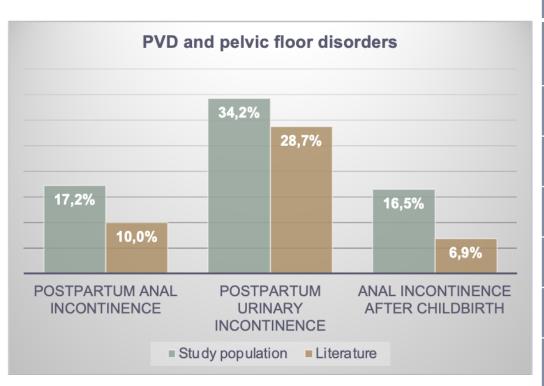
Inclusion criteria	Non-inclusion criteria		
Women having given birthWomen suffering or cured of PVD	 Nulliparous Age > 70 ans Postpartum PVD Women having given birth outside 		
Severity criteria			

Association with one or more pathologies: adenomyosis, endometriosis, neuralgia, and pelvic hypersensitization criteria





Results



	WITH severity criteria (n=75)	WITHOUT severity criteria (n=73)	Chi-squared test p-value	
Perineal tears during childbirth	53,3%	37,0%	0,046	
DURING PREGNANCY				
Anal incontinence	21,0%	6,1%	0,00086	
Urinary incontinence	43,5%	27,8%	0,0114	
POSTPARTUM				
Anal incontinence	22,6%	11,3%	0,0209	
Urinary incontinence	25,8%	11,3%	0,0042	







Take home messages

- 1 Faire la différence entre vestibulodynie vulvaire provoquée (VDP), vaginisme et vulvodynie spontanée de la NP.
- 2 Comprendre les mécanismes de la VDP.
- 3 Savoir expliquer, puis commencer le traitement primaire de cette pathologie très fréquente: kiné-Lidocaine (+ ou Amitriptyline)-psychotherapie.
- 4 Groupe à risque de lésions et dysfonctions périnéales à l'accouchement
- 5 Apprendre quelques bases sur l'hypersensibilisation pelvienne centrale.





7th Convergences-PP Annual Congress



ENS - École Normale Supérieure de Lyon

Congress Presidents: Gérard AMARENCO (Paris) François GOLFIER (Lyon)

Scientific Committee: Roger ROBERT (Nantes) **Organizing Committee:** Guy VALANCOGNE (Lyon) **Convergences-PP President:** Eric BAUTRANT (Aix-en-Provence)





