

Vestibulodynie et grossesse

existe-t-il un traitement?

Dre Chantal Rivard, MD

Le syndrome de douleur vulvaire

Anciennement nommée « vestibulite », la vestibulodynie est un syndrome de douleur vulvaire, qui possède les caractéristiques suivantes :

- douleur sévère au toucher du vestibule;
- sensibilité à la pression localisée au niveau vestibulaire;
- trouvailles physiques limitées à un érythème vulvaire.

Les symptômes doivent être chroniques, soit typiquement d'au moins 3 à 6 mois. L'incidence est d'environ 15 % dans une pratique gynécologique générale.

L'étiologie

L'étiologie de la vestibulodynie est inconnue. Il semble y avoir évidence que les déclencheurs inflammatoires classiques résultent en une sensibilisation du système nerveux central, ou douleur neuropathique ou nociceptive.

Le diagnostic

Le diagnostic se fait sur la base des symptômes cliniques de la patiente et l'examen physique permet d'exclure d'autres dermatoses. Un érythème est souvent présent au niveau du vestibule, mais il n'est pas essentiel. De plus, la biopsie n'est pas diagnostique.

La Dre Rivard est chargée d'enseignement de clinique à l'Université de Montréal et obstétricienne-gynécologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

L'impact de la grossesse sur la vestibulodynie

La grossesse semble peu influencer les symptômes des patientes. Dans une étude par questionnaires envoyés à des patientes avec un diagnostic de douleur vulvaire, 41 % d'entre elles ont rapporté un statu quo dans leurs symptômes durant la grossesse et 29 %, une amélioration. Par contre, 29 % des patientes ont rapporté une détérioration.

En ce qui concerne le post partum, celui-ci est une période où les femmes se plaignent de symptômes pouvant entrer dans la définition de vestibulite, qu'elles aient accouché par voie vaginale ou par césarienne. Malgré tout, ces patientes semblent avoir un meilleur pronostic. Cette constatation pourrait suggérer un lien avec la baisse d'oestrogènes expérimentée par les patientes en post partum. Une

étude a d'ailleurs rapporté une diminution significative du nombre de récepteurs d'oestrogènes chez les patientes souffrant de vestibulite, par rapport au contrôle.

Cependant, les applications cliniques de ces trouvailles restent à faire, car le traitement local avec des oestrogènes topiques risque d'être moins efficace, si les récepteurs sont moins nombreux.

Avant tout, il faut préciser qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la vestibulodynie. Les traitements de cette entité sont souvent anecdotiques, ou malheureusement empiriques.

Les alternatives de traitements... un succès?

Avant tout, il faut préciser qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la vestibulodynie. Les traitements de cette entité sont souvent anecdotiques, ou malheureusement empiriques. À long terme, la douleur des patientes semble aller en diminuant, peu importe le traitement utilisé.

Crème d'oestrogènes

Il faut, en premier lieu, éviter tout irritant vulvaire. La crème d'oestrogènes semble avoir un certain succès, mais il serait peut-être dû plutôt aux autres agents, qu'à l'oestrogène lui-même. D'ailleurs,

il n'est pas recommandé d'en appliquer chez la femme enceinte (qui a des niveaux sériques de cette hormone très élevés) en raison de la possibilité de féminisation d'un fœtus masculin.

Xylocaïne, antidépresseurs tricycliques et gabapentin

La xylocaïne 5 % peut être utilisée pour diminuer la douleur temporairement et permettre les relations sexuelles.

Pour ce qui est des antidépresseurs tricycliques, ceux-ci semblent fonctionner, seuls ou en combinaison avec d'autres traitements. Ils peuvent, par exemple, être utilisés avec de la xylocaïne locale, qui permet de diminuer les afférences centrales de la sensibilité.

Le gabapentin a aussi été utilisé avec un certain succès. Il est plus facile d'utilisation, car contrairement aux autres anti-épileptiques, il ne demande pas un suivi des niveaux sériques.

Les avantages de ces deux médications (antidépresseurs tricycliques et anti-épileptiques) doivent être soupesés par rapport aux effets négatifs potentiels sur le fœtus.

45 % des patientes de l'étude de Reed ont rapporté une amélioration de leurs symptômes après leur grossesse!

Les traitements locaux aux stéroïdes

Les traitements locaux aux stéroïdes, bien que largement utilisés, ne semblent pas démontrer d'effet sur la vestibulodynie. La même chose est observée avec la testostérone topique, de toute façon contre-indiquée chez la femme enceinte.

Les AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas, non plus, démontré d'effet significatif sur ce type de douleur. Les résultats du traitement à l'interféron sont mitigés et leur innocuité sur la grossesse, inconnue.

La chirurgie et le bio-feedback

Il existe une option chirurgicale pour les patientes chez qui la douleur persiste et qui n'ont pas répondu au traitement médical. Certaines études rapportent jusqu'à 90 % de succès chez des patientes soigneusement sélectionnées. La grossesse n'est évidemment pas le moment idéal pour ce type de traitement, qui devrait être reporté.

Finalement, le bio-feedback est une option intéressante et qui n'est pas limité par la grossesse.

Y a-t-il un soulagement?

Autant chez la femme enceinte que non enceinte, les succès du traitement de la vestibulodynie sont mitigés. L'accouchement lui-même serait-il thérapeutique? 45 % des patientes de l'étude de Reed ont rapporté une amélioration de leurs symptômes, après leur grossesse!

La vestibulodynie reste donc un problème important, mal connu et souvent mal compris, qui amène une grande détresse psychologique

Un pas de plus vers la maîtrise



ACCURETIC* est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle chez les patients pour lesquels un traitement d'association est approprié. L'association fixe ne doit pas servir au traitement initial.

ACCUPRIL* est indiqué pour traiter l'hypertension essentielle quand les diurétiques et les bêtabloquants ne conviennent pas.

MISE EN GARDE : Comme pour tout inhibiteur de l'ECA, consulter les mises en garde concernant l'arrêt du traitement en cas d'œdème angioneurotique ou de grossesse.

Consulter les monographies de ces produits pour obtenir les renseignements posologiques complets.

¶ Étude multicentrique d'une durée de 8 semaines à réglage posologique systématique, menée en mode parallèle et à double insu, après répartition aléatoire de 368 patients dans 3 groupes de traitement. Les patients des 2 sexes, âgés de 18 ans ou plus, devaient avoir une TAD ≥ 105 mmHg et ≤ 120 mmHg en décubitus, après la phase placebo. Au cours des 4 premières semaines, les patients ont reçu 10 mg de quinapril et un placebo OU 10 mg de quinapril et 12,5 mg d'HCTZ OU encore un placebo et 12,5 mg d'HCTZ, 1 fois par jour. Après 4 semaines, les doses ont été doublées et le traitement s'est poursuivi durant 4 autres semaines, sauf si la TA en décubitus se situait sous 120/80 mmHg ou pour toute autre raison médicale, auquel cas les doses n'ont pas été doublées. Pour évaluer l'efficacité du traitement, on s'est servi des résultats obtenus chez 318 patients traités à faibles doses et 284 patients traités à fortes doses. Les variations de la TA en décubitus par rapport aux valeurs initiales ont été les suivantes : -13,1/-12,1 mmHg pour le quinapril à 10 mg; -11,6/-12,5 mmHg pour l'HCTZ à 12,5 mg; -17,7/-14,6 mmHg pour l'association à faibles doses; -19,7/-17,0 mmHg pour le quinapril à 20 mg; -20,4/-17,2 mmHg pour l'HCTZ à 25 mg; -27,1/-19,5 mmHg pour l'association à fortes doses.

† Toutes les teneurs sont offertes au même prix. Le prix n'inclut pas les honoraires du pharmacien. Consulter la monographie du produit pour obtenir les renseignements posologiques complets.

chez les patientes. Toutefois, le seul fait de confirmer le diagnostic et de reconnaître la douleur de la patiente peut avoir, en soi, un effet thérapeutique.

Le support psychologique à long terme pour ces patientes est ainsi très important. Les succès limités des différents traitements sont souvent une source de frustration. Cependant, l'amélioration des symptômes qui semble se produire à long terme, reste le seul point encourageant pour la patiente... et son médecin! *Clin*

Références :

1. Up to date « Vestibulitis », par Elizabeth Gunther Stewart, révisé en mars 2005.
2. Reed, B. et Al, Vulvar dysesthesia (vulvodinia), A follow up study, The Journal of Reproductive Medicine, 2003, vol.48 no6, p.409-416.
3. Goetsch, M.F., Vulvar vestibulitis : prevalence and historic features in a general gynecologic practice population, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1991, vol.164, p.1609-14.
4. Estrogen receptor expression in vulvar vestibulitis syndrome, Lois J.E. et Al, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2003, vol.189 no2, p.458-61.

de la tension artérielle

... avec **ACCURETIC**^{*}

Prolongez la maîtrise obtenue avec le quinapril ou l'HCTZ seul, grâce à l'association à doses fixes qui connaît la plus forte croissance.

- Des baisses tensionnelles nettement supérieures à celles obtenues avec le quinapril ou l'HCTZ en monothérapie ($p > 0,05$)^{6†}
- Une excellente marge de tolérabilité³
- ACCUPRIL* et ACCURETIC* – 7 teneurs offertes au même prix^{1,3,4†}



Au cours des essais cliniques comparatifs sur ACCURETIC*, les céphalées (6,7 %), les étourdissements (4,8 %), la toux (3,2 %) et la fatigue (2,9 %) ont été les effets indésirables les plus fréquents. Consulter la monographie pour la liste complète des effets indésirables.

P ACCURETIC^{*}
(chlorhydrate de quinapril et hydrochlorothiazide)



© 2005
Pfizer Canada Inc.
Kirkland (Québec)
H9J 2M5

*M.C. de Parke, Davis & Company
Pfizer Canada Inc., licencié



PUISSANCE D'UNE MAÎTRISE COMBINÉE

Voir l'information posologique à la page 120