

Le vaginisme

PAR FANNY LAMBLA, SAGE-FEMME

DÉFINITION

D'après la 4^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV), le vaginisme est une dysfonction sexuelle se définissant comme une contraction involontaire, répétée et persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum⁽¹⁾. L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles et ne doit pas être exclusivement due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration. Dans certains cas, l'intensité de la contraction peut être si sévère ou prolongée qu'elle est à l'origine d'une douleur. La notion de douleur n'est donc pas systématique dans le vaginisme.

L'évolution du vaginisme est habituellement chronique, à moins d'une amélioration par traitement.

PHYSIOPATHOLOGIE

Le vaginisme n'est pas une maladie, c'est une phobie de la pénétration associée à une réponse conditionnée de type pavlovien⁽²⁾. Les éléments phobiques résultent d'expériences négatives réelles ou imaginaires associées à la sexualité ou à la pénétration, et/ou à une pathologie organique.

Ce trouble peut se manifester lors de toute tentative de pénétration, de contact vulvaire ou simplement à l'idée de la pénétration⁽³⁾. Il est associé à une adduction des cuisses et à une augmentation du tonus global. Il s'accompagne également de signes comportementaux d'angoisse.

La séquence érotique reste intacte: le désir, l'excitation et l'orgasme sont possibles tant qu'une pénétration n'est pas tentée ou anticipée. La sexualité peut donc être satisfaisante sans pénétration et le couple organise sa sexualité avec le symptôme.

CLASSIFICATION

Le vaginisme primaire est la forme la plus fréquente⁽³⁾. Il survient dès la première tentative de pénétration sexuelle par un partenaire.

Le vaginisme peut être situationnel et rendre impossible seulement certaines pénétrations. Il peut donc intervenir dans des situations non sexuelles (insertion d'un tampon, examen gynécologique...) alors que la pénétration lors des rapports sexuels est possible. C'est pour cette raison que la notion de dysfonction sexuelle est controversée⁽⁴⁾. Au contraire, chez certaines patientes le vaginisme ne se produit qu'au cours des rapports sexuels. Le vaginisme absolu rend impossible toutes les pénétrations.

Les éléments phobiques résultent d'expériences négatives réelles ou imaginaires associées à la sexualité ou à la pénétration, et/ou à une pathologie organique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de vaginisme, souvent très tardif, se pose sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

L'interrogatoire est le point le plus important^(5, 6). Le degré de douleur, de peur de la douleur, de détresse, d'évitement et l'évocation de difficultés à la pénétration seront plus importants pour le diagnostic que la tonicité du périnée.

Il n'existe pas d'examen gynécologique officiel permettant de diagnostiquer le vaginisme mais il est néanmoins indispensable afin d'éliminer une pathologie organique.

Le diagnostic différentiel est la dyspareunie, douleur génitale associée aux rapports sexuels⁽¹⁾. Cependant, la notion de douleur existe aussi dans le vaginisme. Différents auteurs ont cherché à étudier la différence entre vaginisme et dyspareunie, et pour certains la distinction entre les deux est impossible, d'autant plus que la dyspareunie est souvent impliquée comme étant la cause du vaginisme⁽⁷⁾. Pour cette raison, la classification du DSM a évolué. La dyspareunie et le vaginisme sont maintenant regroupés dans la catégorie « Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration » dans le DSM-5⁽⁸⁾.

PRÉVALENCE

Les données sur la prévalence du vaginisme sont rares et il n'existe pas de valeur en population générale. Il pourrait toucher de 0,5 à 30 % des femmes selon les études⁽⁹⁾. En France, la prévalence retenue semble être de 1 à 2 %⁽¹⁰⁾.

ÉTILOGIES

L'étiologie du vaginisme reste controversée^(4, 10). Elle serait multifactorielle : les mauvaises connaissances anatomiques, l'ignorance en matière de sexualité, les croyances erronées sur la sexualité, la culpabilité, la honte, le dégoût de la sexualité, la peur de la douleur, les fortes croyances religieuses, le contexte familial, l'éducation, les pathologies organiques induisant un vaginisme secondaire (dyspareunie, traumatismes obstétricaux, infections, malformations hyménale, etc.).

Le choix du partenaire n'est pas anodin. Ce dernier est souvent décrit comme étant doux, gentil, attentionné et peut, par sa personnalité, provoquer ou exacerber le vaginisme. Il a tendance à être passif et à ne pas exprimer de demande sexuelle excessive. Le vaginisme pourrait également cacher

les dysfonctions sexuelles du conjoint et ainsi protéger le couple de la confrontation à ces problèmes.

Il a été soutenu que vivre ou assister à une agression sexuelle était un facteur de risque de développer un vaginisme. Cependant, lorsque l'on interroge les femmes sur les causes de leur vaginisme, l'abus sexuel est classé en dernière position⁽¹¹⁾.

MOTIFS DE CONSULTATION

Les patientes souffrant de vaginisme consultent le plus souvent pour d'autres motifs que le vaginisme lui-même⁽¹²⁾. Le premier de ces motifs est le désir d'enfant, mais il peut aussi s'agir de conjugopathies, de crainte de perdre le partenaire ou d'autres troubles sexuels.

LA PRISE EN CHARGE DU VAGINISME

La notion de guérison du vaginisme est difficile à établir car elle dépend de chaque femme. Les objectifs peuvent être d'accéder à la pénétration, d'avoir une sexualité éprouvante, d'avoir du plaisir vaginal, de permettre un examen gynécologique, de procréer, de se sentir comme les autres femmes, de faire plaisir à son partenaire...⁽⁵⁾.

Seuls des professionnels très sensibilisés au sujet et travaillant en réseau avec une équipe pluridisciplinaire peuvent prendre en charge ces femmes. Le programme thérapeutique doit être appliqué au couple et non à la femme seule, étant donné les caractéristiques particulières du conjoint et les habitudes sexuelles qui durent souvent depuis de nombreuses années.

En premier lieu, toute cause organique doit être traitée. C'est l'unique cas pour lequel la chirurgie présente une indication.

La prise en charge peut comprendre^(5, 13):

- Une psychothérapie en cas de problématiques spécifiques associées (troubles anxieux, phobies, abus sexuels, violences, troubles psychiques ou relationnels...);

Seuls des professionnels très sensibilisés au sujet et travaillant en réseau avec une équipe pluridisciplinaire peuvent prendre en charge ces femmes.

- De la kinésithérapie (relaxation vaginale et exercices de biofeedback) ;
- Une sexothérapie cognitivo-comportementale associant une éducation psycho-sexuelle, des exercices progressifs d'exploration génitale et de désensibilisation, et des entretiens psycho-dynamiques ;
- Des techniques de relaxation comme l'hypnothérapie ou la méditation afin de favoriser la détente, diminuer les comportements phobiques et améliorer la réceptivité des sensations.

Les taux de réussite des différents traitements ont généralement été jugés excellents⁽¹⁴⁾. Néanmoins, une revue systématique de la Cochrane de 2012 indiquait qu'il n'y avait que des preuves limitées provenant d'essais non contrôlés non randomisés pour recommander l'utilisation de la désensibilisation systématique⁽¹⁵⁾. Cela peut s'expliquer par le très faible nombre d'études contrôlées randomisées et l'hétérogénéité des protocoles.

Le traitement du vaginisme par injection de toxine botulique a récemment été mis en exergue. En bloquant la libération d'acétylcholine, la toxine botulique empêche la transmission neuromusculaire, ce qui entraîne un relâchement musculaire. Une étude de 2012 montrait un taux de réussite de 95,8 % dans le cas de vaginismes réfractaires aux traitements habituels, après injection locale de toxine botulique au niveau du muscle pubo-rectal⁽¹⁶⁾. Néanmoins cette technique ne prend pas en compte le contexte d'anxiété de la femme et rend cette zone sexuée aréactive.

ÊTRE BIEN DANS SON ENVIE DE BÉBÉ

Avec la psychologue Valérie GRUMELIN et la gynécologue Véronique BIED DAMON (Le Guide de l'Infertilité)

Parfois, le désir de grossesse est là mais les **blocages émotionnels et psychologiques créent ce que l'on appelle une infertilité inexpliquée**.

Ces blocages émotionnels peuvent avoir plusieurs causes :

- Un traumatisme lié à sa propre naissance ou enfance
- Une phobie ou un choc
- La peur de ne pas y arriver (à cause de l'âge, de la pression familiale, des soucis du quotidien ...)

L'importance du coaching

Un coaching est important. C'est un guide, un conseil au quotidien, une écoute et une oreille attentive. Bien utiliser un coaching permet de trouver la force extérieure qui va vous donner l'apaisement intérieur et le déblocage émotionnel pour concevoir votre bébé.

EN SAVOIR + WWW.MYBUBELLY.COM, le 1er coaching sur la préconception qui booste votre fertilité et vous aide même à choisir le sexe de votre bébé



Découvrez notre livre aux Editions Leduc.s

LES SAGES-FEMMES FACE AU VAGINISME

Les sages-femmes peuvent être amenées à établir le diagnostic de vaginisme et à suivre ces patientes quel que soit leur type d'activité. D'après un mémoire d'étudiante sage-femme réalisé auprès de 260 sages-femmes dans les Bouches du Rhône, 88 % d'entre elles avaient déjà été confrontées à des patientes souffrant de vaginisme et 97 % avaient rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces patientes⁽¹⁷⁾.

■ LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LE SUIVI DE GROSSESSE

Le suivi gynécologique des femmes souffrant de vaginisme est souvent très pauvre⁽¹⁰⁾. La plupart du temps elles n'entament un suivi que lorsqu'elles désirent une grossesse ou une fois qu'elles ont réussi à être enceintes. En effet, malgré le vaginisme, une grossesse est possible par rapport sexuel incomplet, éjaculation à la vulve, méthode à la seringue ou recours à l'aide médicale à la procréation.

Les consultations prénatales sont une épreuve pour ces patientes : elles décrivent des angoisses, des insomnies, des tachycardies accompagnées d'hypersudation. Elles ont peur de ce que les professionnels de santé peuvent penser d'elles et redoutent le toucher vaginal qu'elles vivent comme un traumatisme. Ces consultations constituent un moment important pour dépister le vaginisme. Le diagnostic doit en effet être le plus précoce possible afin de pouvoir les accompagner au mieux.

Dans le cas où la réalisation d'un examen gynécologique est indispensable, il convient de préparer la patiente : la mettre en confiance, lui expliquer les différentes étapes, lui demander son consentement... Elle doit pouvoir interrompre l'examen à tout moment et la position gynécologique ne doit pas être imposée. La position de Sims semble la plus adaptée : patiente en décubitus latéral et examinateur se tenant derrière elle.

La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce sont indispensables pour ces femmes. La PNP permet notamment une réassurance, une prise en charge du stress, la découverte du schéma corporel et une prise de conscience périnéale. Elle permet également de répondre aux questionnements sur le suivi de grossesse et l'accouchement. Des techniques de relaxation peuvent être proposées, comme la sophrologie ou l'hypnose.

■ LE SUIVI DU TRAVAIL

Du fait de la complexité à réaliser les touchers vaginaux, les sages-femmes sont confrontées à des difficultés pour diagnostiquer le début du travail et suivre son évolution⁽¹⁷⁾. La pose d'une périnéale semble donc indiquée afin de faciliter les examens et d'améliorer le confort des patientes⁽¹⁰⁾. Néanmoins, bien qu'efficace sur la douleur, elle ne permet pas toujours le toucher vaginal. Dans ce cas, il est préférable d'espacer voire d'éviter les touchers vaginaux. Il faudra plutôt se centrer sur d'autres signes cliniques comme la hauteur de la présentation, les contractions utérines et l'échelle de la douleur⁽¹⁸⁾.

■ L'ACCOUCHEMENT

Il est communément admis que le vaginisme n'existe que pour les actes de pénétration de l'extérieur vers l'intérieur du vagin⁽¹⁰⁾. Il n'intervient pas lors de la phase d'expulsion de l'accouchement. Cependant, plusieurs études et mémoires ont mis en évidence le fait que le vaginisme serait un facteur

de risque de complications obstétricales^(10, 19, 20). Il induirait plus de grossesses prolongées, de déclenchements, d'extraction instrumentales, de césariennes, de lésions périnéales nécessitant une suture, d'utilisation d'analgésie périnéale et de vécus traumatiques de l'accouchement.

■ LE POST-PARTUM

Dans un premier temps, les femmes pensent à tort que leur vaginisme sera guéri par l'accouchement, ce qui n'est pas le cas. En effet, le vaginisme persiste après l'accouchement et il peut même s'aggraver chez certaines patientes⁽¹⁰⁾. La rééducation périnéale est indispensable et permet à ces femmes d'apprendre l'anatomie féminine, de prendre conscience de leur corps et d'apprendre à relâcher leur périnée. •

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris : Masson ; 2003.
- Jeng C-J. *The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus*. Taiwan J Obstet Gynecol 2004 ; 43 (1) : 105.
- Coulomb M-A. *Le vaginisme en théorie* [en ligne]. Les journées SEXOGYN ; 4-5 mai 2012 ; Marseille, France. Disponible sur : http://aius-sexogyn.fr/files/671_COULOMB.pdf
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. *Does vaginismus exist ? A critical review of the literature*. J Nerv Ment Dis 1999 ; 187 (5) : 26174.
- Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. *Diagnosing and managing vaginismus*. BMJ 2009 Jun ; 338 : b2284.
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. *Vaginal spasm, pain, and behavior : an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus*. Arch Sex Behav 2004 ; 33 (1) : 5-17.
- De Kruiff ME, ter Kuile MM, Weijenborg PT, van Lankveld JJ. *Vaginismus and dyspareunia : is there a difference in clinical presentation ?* J Psychosom Obstet Gynaecol. sept 2000 ; 21 (3) : 149-55.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th éd. Arlington : AP Publishing ; 2013.
- Simons JS, Carey MP. *Prevalence of sexual dysfunctions : results from a decade of research*. Arch Sex Behav 2001 ; 30 (2) : 177-219.
- Quiret-Rouelle B. *Vaginisme et grossesse : une meilleure compréhension pour une prise en charge adaptée*. Vocation sage-femme 2012 ; 11 (99) : 14-18.
- Ward E, Ogden J. *Experiencing vaginismus - sufferers beliefs about causes and effects*. Sex Marital Ther 1994 ; 9 (1) : 33-45.
- Brambilla M. *La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes*. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Grenoble ; 2016.
- Berville S. *Prise en charge initiale au cabinet de gynécologie* [en ligne]. 4^{es} journées AIUS SEXOGYN. Journées méditerranéennes de sexologie et de santé sexuelle ; 20-21 oct 2017 ; Marseille, France. Disponible sur : http://aius-sexogyn.fr/files/67/resume_2017/20_10_9H00_Sophie_BERVILLE.pdf
- Laharie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. *Vaginismus : a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment*. Womens Health Lond Engl 2010 ; 6 (5) : 705-19.
- Melnik T, Hawton K, McGuire H. *Interventions for vaginismus*. Cochrane Database Syst Rev 2012 ; 12 : CD001760.
- Ferreira JR, Souza RP. *Botulinum toxin for vaginismus treatment*. Pharmacology 2012 ; 89 (5-6) : 256-9.
- Grulier A. *Pour une meilleure prise en charge des femmes souffrant de vaginisme lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites d'après l'expérience professionnelle de 260 sages-femmes des Bouches du Rhône*. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme : Marseille ; 2010.
- Serazin-Orsini L. *Vaginisme : prise en charge et accompagnement par la sage-femme* [en ligne]. 4^{es} journées AIUS SEXOGYN. Journées méditerranéennes de sexologie et de santé sexuelle ; 20-21 oct 2017 ; Marseille, France. Disponible sur : http://aius-sexogyn.fr/files/67/COMM_2017/09h15-lenaing-serasin-orsini.pdf
- Tourrilhes E. *Vaginisme et pronostic de l'accouchement*. Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire d'Etudes De La Sexualité Humaine : Paris ; 2015.
- Goldsmith T, Levy A, Sheiner E, Goldsmith T, Levy A, Sheiner E. *Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery*. J Matern-Fetal Neonatal Med 2009 ; 22 (10) : 863-6.

SAVE THE DATE

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

46^e Journées Jean Cohen

PARIS 2018

**Vendredi 16 Novembre 2018
Samedi 17 Novembre 2018**



UIC-P

16, RUE JEAN REY, 75015 PARIS



**PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART**

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

GABRIEL ANDRÉ, JEAN-MARIE ANTOINE, JEAN BELAISCH, JEAN-Louis BÉNIFLA, JEAN-PIERRE BERNARD, BERNARD BLANC, HÉLÈNE BORNE, LÉON BOUBLI, GÉRARD BOUTET, CHARLES CHAPRON, JOEL CRÉQUAT, BRUNO DEVAL, JEAN DERRIEN, MARC ESPIÉ, HERVÉ FERNANDEZ, CATHERINE FOULHY, MICHEL HERLICOVIEZ, MICHÈLE LACHOWSKY, BRIGITTE LETOMBE, PATRICE LOPES, PATRICK MADELENAT, JACQUELINE MANDELBAUM, JEAN-LUC MERGUI, PHILIPPE MERVIEL, SYLVAIN MIMOUN, ISRAEL NISAND, CLARA PÉLISSIER, ALAIN PROUST, GEOFFROY ROBIN, CHRISTINE ROUSSET-JABLONSKI, DAVID SERFATY, FLORENCE TRÉMOLLIÈRES, YVES VILLE, DIANE WINAVER, CHADI YAZBECK.



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS :

Adeline MARECHAL, Serge KEBABTCHIEFF

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements : congres@eska.fr - Site : www.congres.eska.fr