

DYSPAREUNIE

DEFINITION

Douleur vulvaire ou pelvienne au moment des rapports.

Distinction dyspareunie superficielle (jusqu'au vestibule) à classer aussi dans les vulvodynies et la dyspareunie profonde qui correspond aux douleurs pelviennes.

A L'INTERROGATOIRE

- Primaire ou secondaire
- Sélective ou non
- Isolée ou concomitante **d'autres dysfonctions sexuelles et/ou conjugales**
- intrication de ces dysfonctions : douleur→diminution du plaisir→diminution du désir (+/-tension conjugale)→diminution excitation→diminution lubrification→dyspareunie etc....

L'EXAMEN

- Eliminer une cause organique, surtout dans la dyspareunie profonde (TV, US, bio)
- Si possible « mettre le doigt sur la douleur », ce qui signifie la prendre au sérieux :
 - Fausse dyspareunie profonde par méconnaissance de la situation externe du vestibule et l'insensibilité proprioceptive du vagin → la patiente a « mal au vagin »
 - Penser à la douleur rétroisthmique des utérus rétroversés

DYSPAREUNIE PROFONDE

C'est la moins psychosomatique, mais ce n'est pas parce que l'on retrouve plus souvent une cause organique que dans les dyspareunies superficielles, qu'il faudrait en négliger les conséquences psychosomatiques.

Impose une recherche étiologique : interrogatoire, examen gynécologique, échographie

Lorsque la dyspareunie évolue dans un contexte de douleur pelvienne chronique, on retrouve deux étiologies organiques principales : l'infection et l'endométriose

DYSPAREUNIE SUPERFICIELLE

- Commencer par chercher une cause organique : vulvovaginite, vestibulite, lichen, fissures de la fourchette : permet de créer le lien avec la patiente, de la prendre au sérieux et de s'intéresser au symptôme
- Même si l'on trouve une cause organique, ne pas oublier que cela a toujours des conséquences sexuelles
- Le manque de lubrification est souvent à l'origine d'une dyspareunie. Les causes les plus fréquentes :
 - La carence oestrogénique (ménopause, anti-aromatase),
 - l'allaitement
 - le manque de désir et/ou d'excitation
- Prise en charge psychosomatique: reconnaître la réalité du symptôme, la douleur physique et la souffrance psychique qui l'accompagnent. Assure un vrai soutien psychologique : « je ne vous lâcherai pas tant qu'on n'aura pas résolu ou compris le problème ».
- Prise en charge gynécologique : la patiente se présente en disant « je sais c'est dans ma tête », en général on s'est chargé de lui faire comprendre parce qu'elle a déjà mis plusieurs thérapeutes en échec ! Peu importe la crème pourvu qu'on ait le toucher et jouer le tiercé dans le désordre (cicalfate ou veaolio le matin, colpotrophine le soir)