

**Les douleurs sexuelles féminines**

# Vaginisme

## Les problèmes sexuels

Il n'est pas aisé pour un patient d'aborder ce sujet. Il n'est pas facile pour un médecin de discuter ce genre de plainte. La médecine sexologique est une science jeune, qui a abandonné progressivement le champs " littéraire " et psychanalytique pour accomplir de vrais résultats parfois spectaculaires comme dans le traitement par le Viagra des troubles de l'érection.

La jeunesse de cette médecine explique une certaine insuffisance de formation des médecins et l'intensité des demandes formulées par les patient(e)s. Le dysfonctionnement sexuel chez les hommes et les femmes est fréquent, variant selon la population étudiée(1-6), le pourcentage des plaintes sexuelles dans les nouveaux patients est de 50 % dans les cabinets des médecins généralistes.

Une étude sur des couples mariés a noté que les plaintes du dysfonctionnement sexuel sont présentes chez 40 % d'hommes et 63 % des femmes. Un rapport a souligné une nette augmentation de ces plaintes chez les hommes(5). À l'âge de 40 ans, 40 % des hommes avouent une faiblesse de leur fonction sexuelle, et 10 % se plaignent d'une capacité sexuelle affaiblie : incapacité d'atteindre ou maintenir une érection satisfaisante chez 67 % des hommes âgés de 69 ans.

Le dysfonctionnement sexuel altère la qualité de vie et peut être une indication de problèmes médicaux sérieux comme diabète, athérosclérose, tumeurs pituitaires, dépression, lésions rénales ou cardiaques chroniques. Mais Le dysfonctionnement sexuel peut être aussi, simplement, le signe d'un désaccord conjugal ou marital.

### Effets de l'âge

Les Hommes peuvent atteindre l'orgasme plus lentement au milieu de leur vie. L'érection nécessite deux à trois fois de temps pour se produire, passant de 10 secondes à 20 ans à 50 secondes à 40 ans; après l'âge de 60 ans, l'érection est plus difficile et une stimulation génitale directe devient utile. C'est

sans intérêt réel sauf si la femme est entièrement passive durant les rencontres sexuelles. .

La plupart des femmes éprouvent une diminution dans la transsudation vaginale après la ménopause; Cette lubrification passe de 10-15 secondes à 20 ans à plusieurs minutes après la ménopause. Le vagin devient plus étroit et plus court et les parois vaginales plus atrophique. Ces modifications provoquent une douleur notable pendant la pénétration. Les femmes qui continuent leur activité sexuelle régulièrement après la ménopause ont moins de changements. Ce problème surgit chez les femmes de 40-45 ans ayant des périodes d'abstinence sexuelle entre deux couples. Le traitement oestrogénique substitutif minimise ce problème .

Les changements normaux associés avec l'âge peuvent être mal compris et peuvent exiger des modifications des préliminaires ou l'usage des lubrifiants à base d'eau.

### Dysfonctionnement sexuel

Le dysfonctionnement sexuel chez les hommes et les femmes peut être la conséquence d'un facteur psychologique ou émotif, problèmes hormonaux, neuropathie, insuffisance vasculaire ou d'origine médicalementeuse. L'hystérectomie n'affecte pas la fonction sexuelle selon les données de la littérature.

### Facteurs psychologiques et émotifs :

La présence d'érections nocturnes chez l'homme suggère que les réflexes neurologiques et vasculaires soient intacts et devraient alerter le médecin pour chercher des raisons psychologiques ou sociales. De plus, le début abrupt d'impuissance sans traumatisme ni médicament oriente vers une origine psychogène ( Dépression, inquiétude de performance, et manque d'intérêt).

- La perte de libido et manque d'intérêt sont des composantes fréquentes dans le trouble

dépressif chez les hommes. L'impuissance peut être responsable de l'état dépressif aussi.

- L'anxiété de performance est un problème d'apparition subite chez les hommes qui subissent un échec érectile pendant le rapport sexuel. Cet échec modifie la nature de l'expérience sexuelle qui devient une expérience redoutée et accompagnée d'anxiété où la capacité d'acquiescer et maintenir une érection satisfaisante domine l'expérience sexuelle.

- Manque d'intérêt : c'est une fonction sexuelle décroissante chez des hommes qui ont d'autres préoccupations. Dans la vie d'un homme mûr, de nombreux centres d'intérêts rivalisent avec la sexualité. Des questions professionnelles peuvent surgir même pendant le rapport sexuel, et au milieu d'une intimité sexuelle, l'homme se trouve préoccupé par des pressions financières, des affaires, ou par des problèmes quotidiens. La perte d'intérêt s'accompagnera d'une perte de vigueur érectile.

- La fatigue : un facteur fréquent de baisse d'activité sexuelle. C'est un problème répandu chez les couples qui regardent par exemple la télévision dans leur lit jusqu'à ce qu'ils soient épuisés et somnolents. Trouver le temps où les deux partenaires sont réceptifs et reposés peut régler ce problème.

- Le manque d'intimité est un obstacle à activité sexuelle. Un couple avec enfants peut souffrir d'un dysfonctionnement sexuel. La promiscuité peut être un facteur de dysfonctionnement sexuel.

- Problèmes du couple : la colère non résolue, le ressentiment non exprimé peuvent rendre la relation sexuelle difficile. La résolution de conflit peut être nécessaire pour un fonctionnement sexuel normal.

## Facteurs organiques

- **Problèmes hormonaux** : La testostérone joue un rôle important dans la fonction sexuelle masculine. Le manque de testostérone provoque l'impuissance masculine. La testostérone est responsable aussi du désir sexuel (libido) et il est nécessaire pour maintenir la synthèse intra-pénienne

de l'oxyde nitrique. Les hommes ayant un taux peu élevé de testostérone ont des érections nocturnes mais manquent d'érections suffisamment rigides pour autoriser un acte coïtal. Des maladies comme hyperprolactinémie, hyperthyroïdie, et hypothyroïdie sont associées avec l'impuissance.

Le manque d'œstrogène chez la femme entraîne une faible lubrification, et une atrophie de la muqueuse vaginale et une dyspareunie (pénétration douloureuse). Les androgènes sont utiles pour la libido féminine. Leur rôle ne doit pas être négligé dans le traitement de la ménopause.

### - Neuropathie :

la neuropathie est une complication de certaines maladies comme le diabète, cause importante du dysfonctionnement sexuel. Un signe précoce de ce problème chez les diabétiques est l'éjaculation rétrograde. Le système parasympathique participe à la diffusion de l'oxyde nitrique comme réponse à la stimulation sexuelle. Cette diffusion ordonne le relâchement des muscles lisses, permettre au sang artériel d'entrer le corps caverneux pour réaliser une l'érection.

### - Insuffisance vasculaire :

l'insuffisance vasculaire peut inhiber l'excitation sexuelle, la vaso-congestion génital est l'élément clé dans les rapports sexuel dans les deux sexes. L'insuffisance vasculaire peut survenir suite à une athérosclérose avec obstruction d'artères majeures tel que l'artère iliaque ou obstruction des petits vaisseaux (artérioles) comme dans le diabète.

## Les médicaments :

**P**lusieurs substances chimiques peuvent devenir obstacle à un fonctionnement sexuel normal. La consommation excessive d'alcool est la cause la plus fréquente. La marijuana, la cocaïne, et l'héroïne peuvent mener aussi à dysfonctionnement sexuel. Les Antihypertenseurs (diurétiques du thiazide, alpha bloquants, et d'autres) peuvent perturber la vaso-congestion. Les bêta bloquants étaient considérés comme une cause importante du dysfonctionnement érectile, mais les essais contrôlés ont trouvé que le risque de dysfonctionnement sexuel ne dé-

pas le 5 sur 1000 patients malades traités.

Les Anticholinergiques inhibent la transsudation vaginale normale (lubrification). Les euphorisants de type tri cyclique et ou inhibiteurs de sérotonine (prozac et d'autres) sont impliqués dans les troubles érectiles, éjaculatoires, et dans la baisse de libido. Les Anti androgènes peuvent contribuer au dysfonctionnement érectile. Les bloquants de H2 (en particulier cimétidine) peut stimuler la prolactine et réduire le taux sérique de testostérone.



## Histoire médicale sexuelle

Une bonne histoire est une succession de défis pour le médecin. Le patient devrait être réconforté et confiant. Il serait conseillé de recevoir les déclarations du patient avec empathie. Les enquêtes simples au sujet de la fonction sexuelle délivrées avec empathie dans une atmosphère confortable trouvent des réponses franches.

Si le patient exprime une répugnance verbale ou non-verbale ou un embarras, le médecin devrait reconnaître que telles discussions sont difficiles, mais néanmoins indispensables. Les questions, devraient être générales ou spécifiques, et suffisamment détaillées.

L'histoire sexuelle devrait comporter une discussion sur les plaintes sexuelles mais aussi sur la qualité de vie du patient y compris les problèmes non-sexuels.

Les questions générales peuvent suivre ces exemples:

- Est-ce que vous avez des relations sexuelles

actuellement?

- Avec homme ou femmes ou les deux?
- Sinon quand avez-vous eu le dernier rapport sexuel?
- Etes-vous satisfait de la fréquence et de qualité de votre expérience sexuelle?
- Est-ce que vous avez plus qu'un partenaire sexuel?

Les réponses vagues devraient inciter le médecin à chercher des réponses plus détaillées.

Le dysfonctionnement sexuel peut passer inaperçu durant l'entrevue médicale pour de multiples raisons :

- - Embarras du patient ou du médecin

- - différences culturelles,

- - niveau socio-économique,

- - âge.

La terminologie utilisée par le médecin doit être comprise par le patient et doit être acceptable sans utiliser des mots argotiques pour désigner l'organe sexuel ou la pratique sexuelle.

La discussion sur des questions sexuelles peut être évitée si le médecin n'a pas le temps, et devrait être reprogrammée. Le secret médical et le caractère confidentiel devraient être affirmés pour encourager le patient à partager ses inquiétudes sexuelles librement. Cependant, le malade ne doit pas discuter des problèmes sexuels avec son médecin si la sexualité n'est pas envisagée comme une question médicale.

## Evaluation et intervention chez l'homme

**A** - Les causes organiques - Le clinicien devrait à travers l'histoire sexuelle découvrir un abus de

substance ou l'usage d'un médicament pouvant altérer le fonctionnement sexuel. Un examen physique devrait éliminer des lésions de type neuropathie ou insuffisance vasculaire. Une évaluation hormonale est indiquée si besoin.

### **B- Les causes psychologiques**

Les lésions de type dépression ou anxiété devraient être détectées à travers leurs symptômes comme manque d'appétit ou trouble du sommeil ou modification du poids. Le traitement de dépression et du trouble anxieux peut améliorer la fonction sexuelle.

Les euphorisants de la classe des inhibiteurs de re-captation de sérotonine ( fluoxetine, sertraline, paroxetine) ont des effets secondaires altérant la fonction érectile. D'autres euphorisants tel que trazodone, imipramine, et desipramine peuvent causer une éjaculation différée ou retardée, et peuvent avoir donc un effet " secondaire " salutaire chez les hommes souffrant d'éjaculation prématurée.

L'exploration des inquiétudes et des croyances au sujet de fonction sexuelle peut répondre à de vrais besoins ; c'est particulièrement vrai chez les couples dont un membre souffre d'une maladie sérieuse comme un infarctus de myocarde.

Les conseils psychologiques peuvent être utiles surtout en cas d'anxiété ou de dyspareunie. Les conflits interindividuels peuvent se résoudre par une thérapie de couple.

Thérapie médicale - plusieurs médicaments et appareils sont maintenant disponibles à traiter le dysfonctionnement sexuel viril et féminin.

### **Evaluation chez la femme**

**B**ien que le nombre des publications médicales soit en nette augmentation sur la sexualité féminine, les études publiées privilégient le dysfonctionnement sexuel à la compréhension de la sexualité féminine.

En étudiant les classifications disponibles sur le

dysfonctionnement sexuel féminin, et la classification Internationale de Maladies, le Manuel des Diagnostics et Statistiques de maladies mentales (DSM-IV), les définitions des maladies relatives à la sexualité féminine ont été réévaluées afin d'inclure les origines psychogènes et organiques.

Le consensus actuel sur la classification des maladies relatives à la sexualité féminine est :

Classification des maladies relatives à la sexualité féminine

I - Trouble du désir sexuel

- A. trouble de désir sexuel hypo-actif
- B. Aversion sexuelle

II- Trouble de l'excitation sexuelle

III- Troubles orgasmiques

IV- Troubles liés à une sexualité douloureuse

- A. Dyspareunie
- B. Vaginisme
- C. Autres douleurs sexuelles

### **Certaines définitions utiles :**

#### ***Trouble de désir sexuel hypoactif :***

cette maladie est définie comme un manque persistant ou périodique (ou absence) de désir, des fantasmes ou rêves sexuels ou de la réceptivité à une activité sexuelle qui cause une détresse personnelle.

***Aversion sexuelle :***  
aversion phobique persistante ou périodique ou l'action d'éviter tout contact sexuel provoquant une détresse personnelle.

***Trouble de l'excitation sexuelle féminine :***  
l'incapacité persistante ou périodique à atteindre ou à maintenir une excitation sexuelle suffisante, provoquant une détresse personnelle. Ce trouble peut être défini aussi sur le plan clinique par le manque d'excitation subjective, de lubrification génitale ou d'autre réponse somatique.

**Le trouble orgasmique :**

la difficulté persistante ou périodique ou l'absence de possibilité d'atteindre l'orgasme suite à une stimulation et excitation sexuelle suffisantes et qui causent une détresse personnelle.

**Dyspareunie :**

douleur génitale périodique ou persistante associée avec un rapport sexuel provoquant une détresse personnelle.

**Vaginisme :**

spasme involontaire périodique ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin perturbant ou empêchant la pénétration vaginale, entraînant une détresse personnelle.

**Douleurs sexuelles non coïtales :**

Douleur sexuelle ou génitale périodique ou persistante induite par une stimulation sexuelle non coïtale et qui provoque une détresse personnelle.

**La thérapie sexuelle ou la sexo-thérapie**

La thérapie sexuelle est utile dans les dysfonctionnements sexuels. Il n'est pas toujours utile d'adresser le patient vers une thérapie sexuelle lourde et coûteuse. Le modèle PLISSIT est le modèle le plus répandu propose quatre étapes de traitement; les trois premières peuvent être exécutées par le médecin.

- Permission giving (P) : Cette première étape peut être accomplie en indiquant que certaines pratiques sexuelles (tel que le sexe oral) sont normales, sans risque, et pratiqués par de nombreux couples. Les patients peuvent être inhibés par crainte que certains désirs ne soient pas appropriés. Le médecin peut les conforter à normaliser ces pratiques pour restaurer une activité sexuelle normale dans le couple.

- Limited information (LI) : Cette étape concerne les patients ayant des informations limitées sur certains aspects des fonctions sexuelles. Il est utile d'expliquer l'importance de la compréhension mutuelle, des

préliminaires, et excitation féminine et masculine.

- Suggestions Spécifiques (SS) : les suggestions Spécifiques peuvent inclure des conseils sur des sujets variés comme l'usage des hormones, des lubrifiants, favoriser une intimité (enlever la télé de la chambre).

- Intensive therapy (IT) : la thérapie intensive peut nécessiter du temps et certaines compétences.

**Références**

Pauly, I, Goldstein, S. Prevalence of significant sexual problems in medical practice. Med Aspects Hum Sex 1979; 48.

Ko, DT, Hebert, PR, Coffey, CS, et al. beta-Blocker Therapy and Symptoms of Depression, Fatigue, and Sexual Dysfunction. JAMA 2002; 288:351.

Chalker R. The Clitoral Truth. New York City: Seven Stories Press; 2000;23.

Sugrue DP, Whipple B. The consensus-based classification of female sexual dysfunction: barriers to universal acceptance. J Sex Marital The 7: 2001; 27(2):221-226.

# Dyspareunie: Pénétration douloureuse



**C**e terme désigne les douleurs, sensation pénible, ressentie pendant une relation sexuelle, surtout pendant la pénétration. Les douleurs sexuelles représentent un grand chapitre en médecine, en gynécologie, en sexologie et en psychiatrie, car elles peuvent avoir de nombreuses origines, et de nombreuses manifestations.

La douleur sexuelle est fréquente. Selon les enquêtes, cette douleur affecte 20 % des femmes avant la ménopause, et 33 % des femmes après la ménopause. La douleur sexuelle comme les autres douleurs est une expérience individuelle impliquant des composantes physiques, émotionnelles et psychologiques. Il est important de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs pendant le traitement.

En règle générale, à l'exception des pratiques sado-masochistes, l'acte sexuel ne devrait pas faire mal. La pénétration peut être gênante inconfortable dans certains cas, exigeant du couple de modérer une pratique ou de changer de position, la douleur réelle n'a pas lieu dans un acte sexuel entre deux personnes en bonne santé.

## Anatomie de la pénétration

### *Intromission :*

Après l'érection, la partie distale du pénis (le gland) sera insérée dans la vulve entre les deux lèvres, cela se nomme intromission. Profitant de

la lubrification vaginale, le pénis s'insère profondément dans le conduit vaginal. La longueur du pénis dépasse légèrement la profondeur du vagin.

### *Mouvements coïtaux :*

Les mouvements de va-et-vient (mouvements copulatoires, ou mouvements coïtaux) permettent de stimuler le clitoris situé à l'entrée du vagin, les parois vaginales, et le col utérin et d'assurer la permanence de la lubrification vaginale. Cette stimulation varie selon la position sexuelle choisie. L'image montre une pénétration en position verticale ou en position de missionnaire. La position verticale de l'utérus explique la possibilité d'avoir des relations sexuelles durant la grossesse, le pénis n'entre pas dans le col utérin.

### *Ejaculation*

L'éjaculation se passe pendant la pénétration. Le pénis dépose dans le fond vaginal et sur le col utérin une quantité de sperme variant de 3-5 ml déposés pendant 7-9 mouvements éjaculatoires. Le col utérin est fermé par un bouchon de mucus nommé la glaire cervicale. Cette glaire est fluide pendant les jours fertiles de la femme.

Le sperme s'introduit dans le col utérin et se mélange avec la glaire cervicale. Cette situation permet au sperme de rester fertile durant 2-3 jours. Les spermatozoïdes commencent ensuite leur migration vers les trompes pour féconder l'ovule.

Pendant l'excitation féminine, l'utérus peut réaliser des mouvements d'aspira-

tion aidant le sperme à entrer le col utérin. Certains pensent que l'orgasme féminin joue ce rôle aussi.

La dyspareunie peut être divisée en trois groupes :

#### *La dyspareunie superficielle*

Elle survient lors de l'intromission du pénis dans le vagin, et peut être due à une plaie, à une infection (mycoses, herpès, vaginite bactérienne), à une sécheresse vaginale, à une maladie dermatologique affectant la vulve comme lichen ou eczéma, ou à une réaction allergique. Après le traitement, la dyspareunie superficielle d'origine physique disparaît. En cas de persistance de ses douleurs, la dyspareunie peut être considérée d'origine nerveuse, ou psychologique nécessitant une autre approche thérapeutique.

#### *La dyspareunie profonde*

La douleur surgit lorsque la pénétration est complète, peut durer pendant tout le rapport sexuel, et parfois pendant des heures après la fin de l'acte sexuel. La cause est majoritairement organique : endométriose, kystes ovariens, cicatrisation chirurgicale incomplète.

#### *La dyspareunie psychologique*

C'est un grand chapitre incluant le stress, la dépression, mauvaise estime de soi, difficultés relationnelles, des négatives sur la sexualité. Le traitement varie selon le diagnostic.

### **Les causes les plus fréquentes des douleurs sexuelles**

#### *Manque de lubrification*

Pour des raisons inconnues, certaines femmes ne produisent pas suffisamment lubrification vaginale, souffrant ainsi des douleurs pendant l'intromission. Après la ménopause, généralement, le manque de lubrification devient constant. La lubrification vaginale dépend de plusieurs facteurs comme les hormones, l'excitation sexuelle, et le désir sexuel. En cas de manque de lubrification, l'utilisation d'un lubrifiant artificiel est indi-

quée, accompagnée par un traitement hormonal chez les femmes ménopausées. En cas de retard de lubrification, l'intromission peut être douloureuse aussi. Le sexe oral (cunnilingus) peut être une solution dans certains cas, dans d'autres, améliorer l'excitation de la femme, prolonger les préliminaires, et l'utilisation d'un lubrifiant artificiel peut réduire la douleur de la pénétration.

#### *Rapports sexuels sans préparation suffisante*

La lubrification vaginale apparaît progressivement chez les femmes en bonne santé après 20 à 40 minutes des gestes préliminaires. La lubrification commence dans le vagin, pour finir sur la vulve. La pénétration avant l'installation complète de la lubrification peut provoquer des douleurs, ou des sentiments inconfortables. En règle générale, les thérapeutes sexuelles recommandent des gestes préliminaires (caresse, étreintes, baisers, massage) d'une durée moyenne de 30 minutes avant la pénétration.

#### *Pénétration rapide, pénétration profonde*

La pénétration peut être douloureuse même en cas de lubrification satisfaisante, la douleur dans ce cas dépend de la force de la pénétration, de son angle, et sa profondeur. La douleur peut être d'origine musculaire. Le col utérin peut également être à l'origine des douleurs en cas de pénétration profonde. Le couple devrait chercher la meilleure position sexuelle pour assurer une pénétration vigoureuse, sans douleur. Les mouvements coïtaux peuvent être également douloureux, par leur vigueur, ou par leur rythme.

#### *Pénétration douloureuse dans une relation de mauvaise qualité*

Il s'agit des douleurs d'origine émotionnelle, d'origine psychologique. La qualité de la relation influence la lubrification chez la femme, son degré d'excitation, sa capacité atteindre l'orgasme, et peut engendrer des douleurs sexuelles.

#### *Pilule contraceptive*

Dans certaines études, les pilules contraceptives sont considérées comme la cause la plus fréquente des douleurs sexuelles chez les femmes. Ces pilules altèrent d'imprégnation hormonale de la vulve et du vagin, favorisant l'apparition de douleurs sexuelles. Dans de nombreux cas, les



douleurs sexuelles disparaissent après quelques mois de l'utilisation de la pilule contraceptive. En cas de persistance des douleurs, un changement de pilules ou l'utilisation d'un moyen contraceptif non hormonal peut être la solution.

### ***Lésions vulvaires***

L'intromission exige un contact direct entre le gland du pénis et les grandes lèvres, puis les petites lèvres de la vulve. L'irritation de la peau vulvaire peut rendre l'intromission douloureuse. De nombreux facteurs favorisent l'irritation de la peau vulvaire : les bains, l'épilation, le soleil, l'allergie au latex, l'eczéma, l'utilisation des produits d'hygiène irritants, ou des sous-vêtements inconfortables.

### ***Infection et Maladies sexuellement transmissibles***

L'herpès, le Chlamydia, les condylomes peuvent provoquer des douleurs sexuelles. La vulve affectée par ces maladies est gonflée, œdémateuse, irritée. La douleur sexuelle disparaît après le traitement de la cause. La vaginite bactérienne, ou la mycose vaginale sont également des causes fréquentes des douleurs sexuelles.

### ***Problèmes liés à la sexualité***

En cas d'antécédents de viol, de traumatismes, d'abus sexuels, la pénétration peut être douloureuse. Le traitement devrait aider la patiente à surmonter ce traumatisme, pour pouvoir tolérer, sans douleur, l'acte de la pénétration.

### ***Vaginisme***

Une maladie d'origine psychologique accompagnée d'une contraction involontaire des muscles vulvaires, provoquant des douleurs parfois atroces empêchant la pénétration totalement ou partiellement. Il existe de nombreuses approches thérapeutiques du vaginisme, associant un traitement psychologique, aux exercices de Kegel à l'utilisation de Botox.

### ***Vestibulite vulvaire***

Il s'agit d'une lésion inflammatoire affectant les glandes vestibulaires situées à l'intérieur du vagin. Le traitement varie selon l'intensité de la lésion, de simples exercices de kegel à la chirurgie pour enlever ces glandes douloureuses.

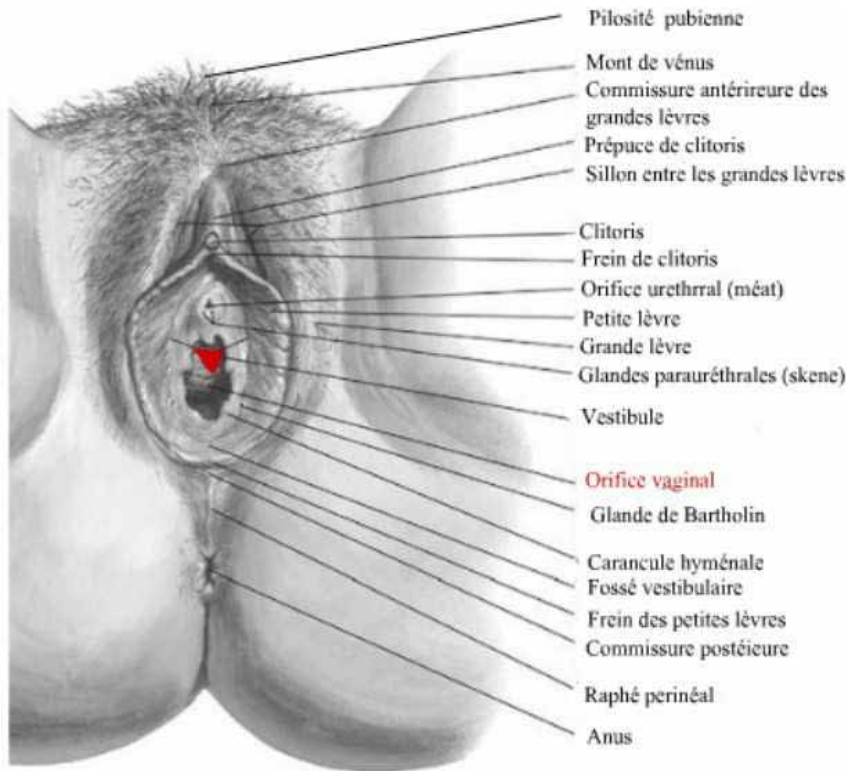
### ***D'autres maladies***

La douleur sexuelle chez une femme peut également être causée par : prolapsus utérin, endométriose, cystite interstitielle, syndrome de colon irritable, et cancers gynécologiques. Cela explique l'importance de consulter son médecin dès l'apparition d'une douleur pendant l'acte sexuel.

### **Références**

- Bergeron, S et al. " A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy, Biofeedback, and Vestibulectomy in the Treatment of Dyspareunia Resulting from Vulvar Vestibulitis, " *Pain* (2001) 91:297.
- Binik, Y.M. et al. " Female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Dysfunction? " *Archives of Sexual Behavior* (2002) 31:425.
- Dunn, K.M. et al. " Systematic Review of Sexual Problems: Epidemiology and Methodology," *Journal of Sex and Marital Therapy* (2002) 28:399.
- Graziottin, A. "Clinical Approach to Dyspareunia," *Journal of Sex and Marital Therapy* (2001) 27:489-501.
- Graziottin, A. et al. " Vulvodynia: The Challenge of Unexplained Genital Pain," *Journal of Sex and Marital Therapy* (2001) 27:503-512.
- Graziottin, A and L.A. Brotto. " Vulvar Vestibulitis: A Clinical Approach," *Journal of Sex and Marital Therapy* (2004) 30:125.

## Orifice vaginal ou de l'introitus



L'orifice vaginal ou l'introitus est un orifice situé au centre du vestibule vulvaire, fermé partiellement par l'hymen. Cet orifice est l'entrée vers le vagin, par lequel passe le pénis pendant la pénétration, et sort le sang menstruel de règles. L'orifice vaginal est parfaitement clos, ouvrable par le doigt, le pénis, le spéculum ou par les jouets sexuels, pouvant prendre la forme d'un cercle, d'un ovale ou d'un carré selon l'objet introduit.

Au-delà de quatre centimètres de diamètre, la dilatation devient douloureuse. Pendant la pénétration, le pénis devrait solliciter les lèvres vulvaires pour écarter légèrement l'orifice vaginal, profitant de la lubrification du vestibule pour dilater progressivement l'orifice vaginal. Le passage du gland dans l'orifice vaginal est douloureux pendant la puberté et au début de l'activité sexuelle.

L'orifice vaginal fait partie du vestibule, composé d'une muqueuse épaisse et élastique sans tissu adipeux ni muscle.

La masturbation ne change pas l'aspect extérieur de la vulve, ni l'aspect extérieur de l'orifice vaginal, ni son fonctionnement.

L'apparence de l'introitus varie quand la femme commence à avoir des relations sexuelles pénétratives vaginales, quand elle commence à insérer dans le vagin ses doigts, le tampon ou d'autres objets. Ces variations demeurent minimes, car l'hymen ne permet pas une dilatation réelle de l'orifice vaginal.

Après la rupture de l'hymen, l'orifice vaginal peut se dilater, devenir plus élastique, la pénétration devient moins douloureuse. La vraie dilatation se passe pendant la délivrance, la sortie du nouveau-né dilate sérieusement l'orifice vaginal.

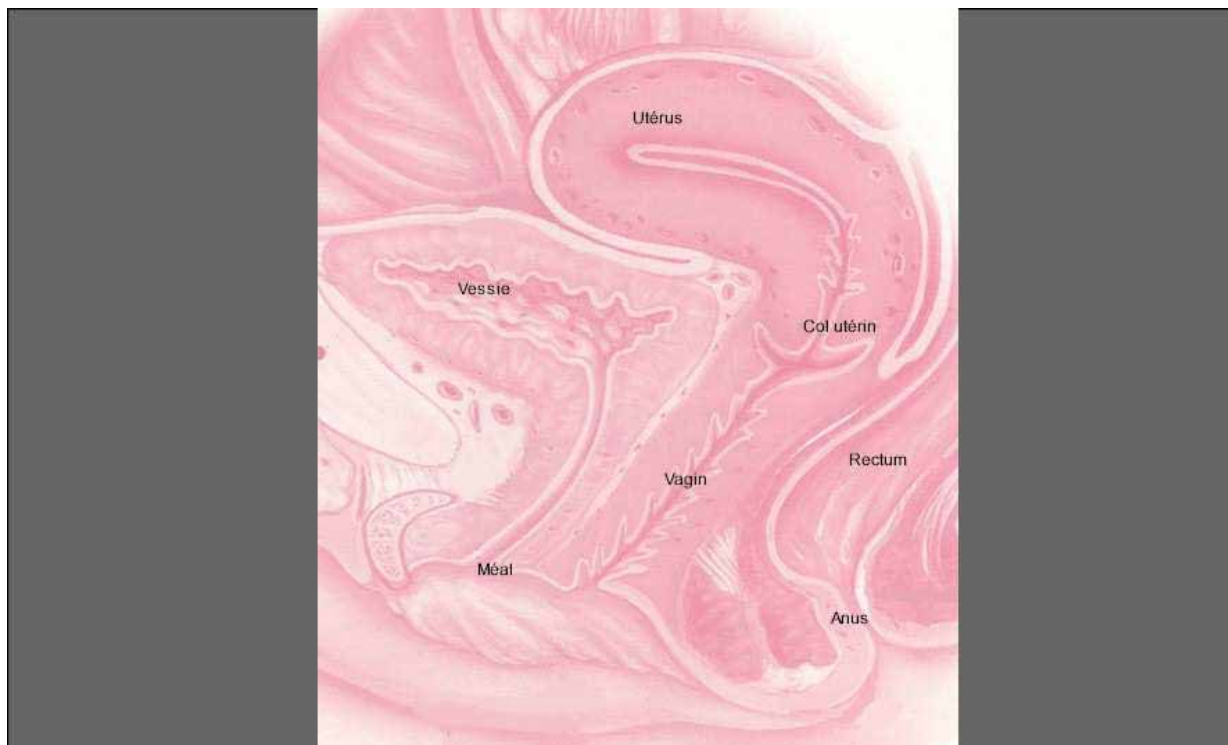
L'apparence de l'orifice vaginal dépend de la musculature du vagin. Si le vagin possède des muscles développés, l'orifice vaginal est plus élastique et moins dilaté.

En règle générale, les pénétrations douces et lentes permettent à la vulve et à l'orifice vaginal de s'adapter graduellement et sans douleur.

## Vagin : son rôle sexuel

**L**e vagin est un organe d'importance majeure pour la vie sexuelle de la femme. Pour certains, le vagin est un organe érotique, pour d'autres c'est un organe sans attrait particulier.

La forme du vagin n'est pas régulière; en haut, le conduit vaginal est cylindrique adapté au col utérin, en bas il s'aplatit dans le sens transversal. Le vagin s'ouvre au centre de la vulve en lien avec l'orifice vaginal ou de l'introïtus.



C'est un organe situé sur la ligne médiane du corps, avec une partie dans le bassin. Son ouverture extérieure se réunit à la vulve. Il mesure 10 cm environ au repos et 15 cm lors d'un rapport sexuel. Il est maintenu en place un par sa continuité avec le col utérin et par ses connexions avec les organes voisins : périnée en bas, vulve, vessie, en avant, et rectum en arrière.

Le vagin se dirige obliquement vers le bas et vers l'avant, il n'est pas rectiligne, mais légèrement incurvé. Il a la forme d'un cylindre aplati de l'avant vers l'arrière. Dans les conditions normales, ces parois antérieures et postérieures sont accolées de l'une à l'autre, glissant comme de feuilles de papier. Ce glissement continu explique l'importance de la lubrification vaginale dans la vie quotidienne de la femme.

La caractéristique principale du vagin est son élasticité, il peut gagner en longueur et en largeur, de la réception du sexe masculin en érection ou pendant l'accouchement. Ces distensions sont contrôlées par les systèmes nerveux cérébraux.

Le vagin compte différentes couches de tissu : une muqueuse dure épaisse et résistante, une couche irriguée de nombreux vaisseaux sanguins importants dans la réponse sexuelle et une couche musculaire épaisse enveloppée de l'extérieur d'une membrane séreuse. En tant que conduit, le vagin n'existe que pendant le coït et l'accouchement.

La muqueuse vaginale est influencée par les hormones, elle change selon le cycle hormonal, et selon les hormones administrées en cours d'un traitement ou dans le contexte d'un contraceptif. Le vagin réagit durant la réponse sexuelle, le

conduit vaginal s'élargit et commence à se lubrifier au début de l'excitation sexuelle. L'introduction du gland du pénis dans l'orifice vaginal écarte les parois vaginales, pendant la pénétration le vagin se contracte pour exercer une pression sur le pénis, et pour envelopper le gland du liquide lubrifiant abondamment sécrété.

Le vagin est soutenu par de nombreuses couches musculaires. Les muscles périnéaux (les muscles liant le vagin au périnée) peuvent jouer un rôle particulier ; ces muscles se contractent délibérément ou automatiquement lors de l'orgasme, et peuvent se contracter d'une façon excessive empêchant toute pénétration comme dans le vaginisme.

La muqueuse vaginale est épaisse, de couleur rose pâle. C'est une muqueuse sans glandes, recouvertes d'un épithélium dit malpighien comme la peau, mais sans poils ni kératines. Cette muqueuse envoie régulièrement ses cellules superficielles dans la cavité vaginale sous forme de desquamation assurant ainsi l'humidité constante du vagin.

Humidité et température constituent un milieu d'accueil idéal des spermatozoïdes. Grâce à ce milieu favorable, le sperme peut survivre plusieurs jours et peut pénétrer l'intérieur de l'utérus pour atteindre les trompes où l'ovule les attend.

Les cellules de la muqueuse vaginale possèdent des propriétés particulières, capables de transporter à la surface la transsudation qui assure la lubrification, capables aussi de réagir à la stimulation hormonale. Ces cellules fabriquent du sucre sous forme de glycogène sous l'influence de l'œstrogène durant les premières semaines du cycle. Ce glycogène sera à la base de l'acidité vaginale assurée par les bacilles de la flore vaginale.

Ainsi, la paroi vaginale est couverte continuellement par un mélange de cellules desquamées, sucre, et acidité formant un enduit protecteur et lubrifiant sous forme d'un liquide épais blanchâtre que les femmes évacuent pendant leurs soins hygiéniques. Cette substance est odorante, responsable de l'odeur vulgaire.

Le vagin est situé au cœur du bassin féminin, bénéficie de la température centrale du

corps. On peut y mettre le thermomètre au cours à la prise de la température du corps.

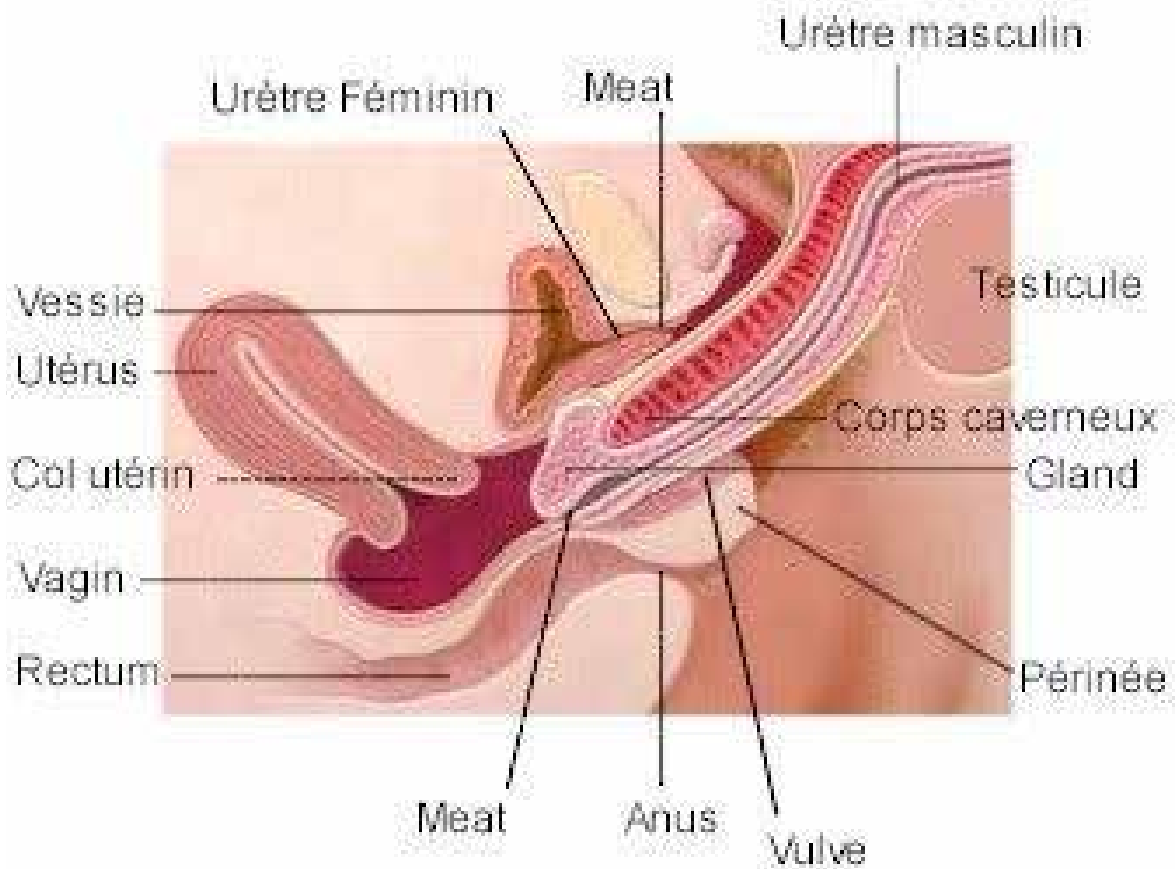
Les couches musculaires vaginales sont solides, épaisse disposée dans les deux sens circulaire et longitudinal. Les fibres circulaires sont plus actives pendant la pénétration et pendant l'accouchement. Les couches longitudinales assurent le soutien et la protection. Cette couche musculaire atteint 1 cm d'épaisseur, et résiste parfaitement à la délivrance du nouveau-né pendant l'accouchement.

Comme tous les organes sexuels féminins, le vagin réagit à la production hormonale ovarienne, modifiant son élasticité, sa humidité et sa lubrification. La glaire cervicale est liée à la production d'œstrogène. L'aspect du vagin, sa couleur, son humidité, son élasticité expriment la bonne santé hormonale de la femme. À la ménopause, les ovaires deviennent muets, le vagin perd progressivement de son humidité.

Le vagin se défend par un ensemble de facteurs : son acidité, et la présence du bacille dans sa flore bactérienne. La desquamation permanente des cellules superficielles de la muqueuse vaginale permet d'établir un nettoyage où la majorité des particules indésirables sont expulsées hors de l'organisme.

Il est inutile de traiter le vagin de point de vue hygiénique comme les autres parties de la peau. Il est conseillé d'éviter le savonnage ou le douchage, ces pratiques peuvent détruire les bacilles de Döderlin et provoquer des infections vaginales. Il est également inutile de s'acharner à vouloir évacuer le sperme après chaque rapport sexuel. Le sperme est un liquide biologique sans germe. Sa présence dans le vagin n'est pas néfaste. Si le sperme coule entre les jambes après un rapport sexuel, il est possible d'insérer un doigt propre sans savon ni détergent pour évacuer l'excès de ce liquide.

## Anatomie de la pénétration



L'anatomie du pénis explique sa faculté d'érection. Après cette érection, la partie distale du pénis (le gland) sera inséré dans la vulve entre les deux lèvres. Profitant de la lubrification vaginale, le pénis s'insère profondément dans le conduit vaginal. La longueur du pénis dépasse légèrement la profondeur du vagin.

Les mouvements de va et vient (mouvements copulatoires) permettent de stimuler le clitoris situé à l'entrée du vagin, les parois vaginales, et le col utérin et d'assurer la permanence de la lubrification vaginale. Cette stimulation varie selon la position sexuelle choisie. L'image montre une pénétration en position verticale ou en position de missionnaire. La position verticale de l'utérus explique la possibilité d'avoir des relations sexuelles durant la grossesse, le pénis n'entre pas dans le col utérin.

L'éjaculation se passe dans la fond du vagin et sur le col utérin. Le pénis dépose dans le fond vaginal et sur le col utérin une quantité de sperme variant de 3-5 ml déposé pendant 7-9 mouvements éjaculatoires. Le col utérin est fermé par un bouchon de mucus nommé la glaire cervicale. Cette glaire est fluide pendant le jours fertiles de la femme. Le sperme s'introduit dans le col utérin et se mélange avec la glaire cervicale. Cette situation permet au sperme de rester fertile durant 2-3 jours. Les spermatozoïdes commencent ensuite leur migration vers les trompes pour féconder l'ovule. Pendant l'excitation féminine, l'utérus peut réaliser des mouvements d'aspiration aidant le sperme à entrer le col utérin. Certains pensent que l'orgasme féminin joue ce rôle aussi.

## Douleurs sexuelles: origine vulvaire et pelvienne

La dyspareunie est une douleur génitale associée avec rapport sexuel, éprouvée pendant ou après un rapport sexuel vaginal. Le diagnostic de la dyspareunie se base sur une douleur génitale en rapport avec rapport sexuel. La plupart des femmes se plaignent de douleur localisée à l'entrée du vagin, la douleur pelvienne profonde peut se produire aussi, la douleur peut être pluri-focale (plusieurs foyers).

### Evaluation

L'histoire devrait détecter le dysfonctionnement sexuel. Chez les femmes avec dyspareunie, une histoire complète, devrait utiliser une approche impartiale avec des questions utiles et précises pour évaluer le rôle des facteurs physique ou l'origine psychologique la douleur. Le début de la douleur, ses liens avec les relations sexuelles ou avec les partenaires. Il est utile de préciser la circonstance de l'apparition de la douleur, sa sévérité, son caractère, sa durée, sa localisation et son lien avec le cycle menstruel.

La dyspareunie superficielle chez une femme avant 50 ans est généralement liée à une vestibulodynie. Le Vaginisme (spasme involontaire sévère des muscles vaginaux) peut être le résultat d'une vestibulodynie ou un problème psycho-sexuel. La lubrification inadéquate, une anomalie anatomique, une atrophie vulvaire, infection, trouble urétral (diverticule, urétrite), et l'eczéma vulvaire peut être en cause. La douleur associée avec une pénétration profonde peut être en rapport avec une pathologie utérine ou avec une mobilité réduite des organes pelviens (cicatrice d'endométriase) ou maladie pelvienne. La cystite et la cystite interstitielle peuvent provoquer une dyspareunie moyennement profonde mais aussi dysurie et d'autres symptômes urinaires. La dyspareunie profonde peut être aussi le résultat d'une sécheresse vaginale ou une atrophie. Des lésions comme kyste ovarien, maladie de Crohn ou diverticulite de-

vraient être considérées quand la douleur se produit latéralement. La douleur après le rapport sexuel suggère une congestion pelvienne.

L'excision ou la circoncision féminine pratiquée dans certaines cultures est à l'origine de certaines douleurs ; Cicatrice et fibrose peuvent déformer les structures anatomiques. La chimiothérapie et la radiothérapie sont des causes éventuelles.

La lubrification naturelle peut être réduite comme durant la péri-ménopause, période post-partum ou allaitement. Quelques médicaments ou pilules contraceptives sont responsables aussi.

Les contraceptifs locaux (préservatifs, spermicides, diaphragme) peuvent irriter et provoquer des douleurs. Les maladies de la peau (eczéma, lichen plan) peuvent s'associer avec des lésions vulvaires. L'agression sexuelle associée à une douleur pelvienne chronique sans lien avec vestibulodynie (16), peut expliquer la dyspareunie.

### Dyspareunie d'origine vulvaire et vestibulaire : diagnostic différentiel

#### *Localisation : Vestibule et vagin*

Lésion : atrophie

Histoire : irritation, allaitement, déficit hormonal, anorexie, médicaments

Origine de la douleur : Atrophie vaginale, réduction de taille des petites lèvres, atrophie de la muqueuse.

#### *Localisation : Vestibule et vagin*

Lésion : Vulvo-vaginite par mycose vaginale

Histoire : Antibiotiques, Médicament, autre

Origine de la douleur : Muqueuse rouge, abrasée, pertes

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Lésions desquamatives

Histoire : Irritation

Origine de la douleur : Muqueuse irritée, rouge, absence de cytolysse sur le frottis

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Vulvo-vaginite par Trichomonas

Histoire : Rougeur, pertes

Origine de la douleur : infection

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Kystes, infections de la glande de Bartholin

Histoire : Gonflement, douleurs

Origine de la douleur : Masse kystique à la base de vestibule

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Allergie au plasma séminal

Histoire : Rougeur, irritation à l'entrée du vagin ou après éjaculation

Origine de la douleur : Symptômes post-coïtaux

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Lichen scléreux

Histoire : Peu de symptômes

Origine de la douleur : Fissures, abrasion à l'entrée du vagin

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Lichen plan

Histoire : Irritation, prurit, pertes

Origine de la douleur : Erosions rougeur à l'entrée du vagin

**Localisation : Vestibule et vagin**

Lésion : Trouble de lubrification

Histoire :

Origine de la douleur : Préliminaires insatisfaisants, Troubles sexuels ; maladie de Sjögren, Pilules contraceptives

**Dyspareunie d'origine pelvienne: diagnostic différentiel****Localisation : Vestibule**

Lésion : vestibulite

Histoire : Douleur durant pénétration, tampon, ou spéculum

Origine de la douleur : Douleur au toucher, muqueuse érythémateuse

**Localisation : Périnée et anus**

Lésion : Episiotomie, eczéma

Histoire : accouchement, Irritation, prurit

Origine de la douleur : Douleur, Rougeur, érythème, fissure

**Localisation : Périnée et anus**

Lésion : Maladie de Crohn

Histoire : Diarrhée hémorragique, douleur

Origine de la douleur : Fissure, lésions abrasées

**Localisation : Rectum**

Lésion : rectocèle

Histoire : Sensation d'obstruction vaginale

Origine de la douleur :

**Localisation : Vagin**

Lésion : Hypertonie du plancher vaginal

Histoire : vaginisme

Origine de la douleur : Spasmes des muscles élévateurs

***Localisation : Vagin***

Lésion : Anomalies congénitales, Hymen imperforé

Histoire :

Origine de la douleur :

***Localisation : bassin***

Lésion : Atrésie vaginale, Prolapsus utérin

Histoire : douleur

Origine de la douleur :

***Localisation : bassin***

Lésion : Endométriose ou adénomyose

Histoire : Dyspareunie profonde,

Origine de la douleur : Nodules douloureux  
durant les règles

***Localisation : bassin***

Lésion : maladies des ovaires et des trompes

Histoire : Dyspareunie profonde avec douleur  
latérale

Origine de la douleur : douleurs selon la lésion et  
l'organe

***Localisation : bassin***

Lésion : colon irritable

Histoire : Dyspareunie profonde

Origine de la douleur : irritation colique



# Vaginisme ou dyspareunie ?

L'évaluation exacte des troubles sexuels douloureux est un défi sérieux pour les cliniciens et un problème pour les patientes. Selon Lankceld (1995), l'évaluation du vaginisme met en lumière une phobie associée à la pénétration qui se traduit par le réflexe de fermeture de la musculature du tiers inférieur du vagin.

L'excitation et l'orgasme sont possibles si aucune pénétration vaginale n'est anticipée. En cas de dyspareunies, nous pouvons suspecter un lien avec un problème d'excitation et de lubrification. Il est fréquent de voir s'installer un vaginisme secondaire chez la femme ayant une dyspareunie suite à des expériences de pénétrations douloureuses, d'où la complexité d'une évaluation exacte.

## Dyspareunie

**2** 0% des femmes se plaignent d'une dyspareunie (Rapports sexuels douloureux.)

Il s'agit le plus souvent d'une douleur qui apparaît lors de la pénétration.

On observe moins fréquemment des douleurs pendant le coït, pendant l'orgasme ou après le rapport sexuel. Le rapport sexuel, douloureux, finit par être évité.



### *Origine organique :*

- malformation congénitale de la vulve et du vagin,
- étroitesse anormale du vagin ou une position inhabituelle des ovaires ou de l'utérus, rétroversion de l'utérus par exemple
- Infections ou inflammations vulvo-vaginites, bartholinites, salpingites, urétrites, cervicites, provoquent souvent des douleurs lors des rapports sexuels.

Éducation sexuelle rigide. L'absence d'une initiation à la découverte de son corps et de sa sexualité peut provoquer les mêmes effets.

Un traumatisme psycho-sexuel survenu dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte (viol, inceste, tentative de viol, premier rapport sexuel désastreux) peut être à l'origine de ces problèmes.

### *Composante homosexuelle*

Anxiété

Dépression

Mauvaise image du corps

Difficulté relationnelle

Défaut de lubrification

- hormonal

- manque de désir sexuel

La douleur de la dyspareunie ressemble à celle d'une brûlure, de crampes ou d'élancements superficiels ou profonds.

En revanche, on constate systématiquement l'absence de lubrification vaginale au quel ne remédie pas forcément le traitement hormonal (œstrogènes).

Dans ce cas la dyspareunie est typiquement d'origine psychogène.

### *Traiter la cause organique*

Traitement psychologique ; thérapies comportementalistes ou psychanalytiques.

La patiente a besoin d'être écoutée, comprise, car elle se sent seule. Il faut qu'elle reprenne confiance en elle, qu'elle apprenne à découvrir son sexe, qu'elle abandonne la mauvaise image qu'elle a d'elle-même et de son partenaire.

### *Vaginisme*

Moins fréquent que la dyspareunie, 12-14% des douleurs coïtales ; ou une femme sur 100 Contraction involontaire et douloureuse des muscles de la région vaginale notamment du muscle releveur de l'anus qui a la particularité d'être un muscle constricteur du vagin. Rapports sexuels douloureux, impossibilité de pénétration. La pénétration partielle de 2-4 cm est parfois possible.

#### *Origine organique :*

Inflammation, infection, ou d'autres  
Persistance d'un hymen épais et dur qui rend la pénétration difficile et douloureuse, et provoque de façon réflexe une contraction de la région vulvo-vaginale.

#### *Origine psychologique :*

Véritable phobie de l'acte sexuel, souvent inconsciente,  
Peur ou dégoût profond.  
Les femmes consultent prétendent désirer avoir des relations sexuelles. On peut se demander quelle est la véritable attitude de la femme envers la sexualité, le couple, et la maternité.

### Phobies

- Patientes à personnalité particulière, marquée par de nombreuses phobies. Femmes hypersensibles manifestant de nombreux symptômes psychosomatiques.

- Personnalités manifestant une grande hostilité à l'égard des hommes. Ces femmes choisissent généralement des partenaires de caractère passif qui sont incapables d'assumer leur fonction masculine.

- Phobies de grossesse non-désirée ou des MST  
Aucun problème de lubrification

Par réflexe, l'entrée du vagin se contracte, à la moindre tentative de pénétration du pénis ou d'un doigt ou d'un tampon périodique. Ces contractions sont violentes et douloureuses.

L'examen médical chercher une éventuelle cause organique (infection). Il est en effet important de savoir si ce trouble n'apparaît qu'avec un seul partenaire ou s'il est apparu dès le premier rapport sexuel.

La femme vaginique souffre de nombreuses peurs : peur du pénis, peur de l'agressivité de l'homme, de la peur de l'éjaculation comme d'une souillure. Elle a également peur de son propre vagin ou de n'être qu'un objet, qui va être souillé ou détruit par la pénétration.

En cas d'origine psychologique, le traitement vise à faire disparaître ou à atténuer la perception négative selon une démarche progressive et graduelle. Le traitement s'appuie sur des entretiens, destinés à repositiver le rapport à la sexualité et sur une masturbation très modérée initialement pratiquée soit par la femme elle-même soit par son partenaire.

La thérapie vise à lutter contre ces phobies et à l'installer dans un climat de confiance.

Les gestes de dilatations sont indispensables.  
Injection de Botox.

Référence :

Reissing ED; Binik YM; Khalife S; Cohen D;  
Amsel R : Vaginal spasm, pain, and behavior: an  
empirical investigation of the diagnosis of vagi-  
nismus. Arch Sex Behav 2004 Feb;33(1):5-17

## Vaginisme, symptômes, causes et traitements



**L**e vaginisme est une contraction des muscles vaginaux provoquant une pénétration douloureuse ou l'impossibilité de pénétration. Dans ce cas, les femmes éprouvent une douleur dans la région génitale, vaginale ou pelvienne, et redoutent tout rapport sexuel pénétratif.

La définition du vaginisme selon DSM-IV est axée sur la contraction vaginale :

**" Une contraction involontaire, répétée, persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, doigt, tampon ou un spéculum. L'affection n'est pas due à une affection médicale générale. Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher ce spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration."**

Les muscles responsables de cette contraction sont les muscles bulbo-spongieux.

La contracture musculaire n'est pas douloureuse. La douleur est ressentie en cas de tentative de pénétration. Dans la classification du DSM-IV, le rôle de la douleur n'est pas spécifique ou caractéristique du vaginisme. Le vaginisme psychogène est mentionné mais non-décrit. Des études plus récentes orientent vers l'importance de la douleur pour faire le diagnostic.

Dans une étude canadienne (Reissing ED, 2004), les rôles du spasme vaginal, douleur, et comportement dans le diagnostic du vaginisme ont été étudiés sur un échantillon de 87 femmes. Trois groupes ont été distingués ; vaginisme, dyspareunie relative à une Vestibulite vulvaire, et douleur pendant l'acte sexuel.

Le diagnostic de vaginisme était incertain ; le spasme vaginal et la douleur ne permettaient pas de différencier les cas du vaginisme des la Vestibulite vulvaire.

Selon cette étude; les vaginiques avaient plus de tonicité musculaire des muscles vagino-pelviens.

Les vaginiques montraient un comportement défensif avec anxiété plus que les autres en face d'un examen pelvien

**Le diagnostic du vaginisme basé uniquement sur le spasme vaginal n'est pas précis, la douleur, l'anxiété et la dysfonction du plancher vaginal et des muscles pelviens, associé à un comportement d'évitement sont les critères les plus utiles pour faire le diagnostic.**

Il n'existe aucun système de diagnostic gynécologique officiel pour le vaginisme. Le diagnostic de vaginisme est porté après un examen gynécologique confirmant le spasme involontaire de la musculature du tiers inférieur du vagin, et l'impossibilité d'intromission d'un doigt ou du spéculum. Cependant cette approche ne permet pas de diagnostiquer un vaginisme situationnel (douleur avec un partenaire dans un environnement précis).

### Fréquence

La prévalence du vaginisme dans la population en général demeure inconnue (Nathan, 1986), mais certaines études notent que le chiffre 1 % des femmes est plausible. Selon les études américaines, 10 à 15% des femmes rapportent des douleurs coïtales régulières. Aucune étude publiée n'a examiné la validité du vaginisme en tant qu'entité de diagnostic ou a exploré la fiabilité du diagnostic.

### Vaginisme : Diagnostic et symptômes

Le diagnostic de vaginisme exige une histoire détaillée et un examen physique. Le vaginisme peut être généralisé ( tout moment, tout partenaire) ou situationnel, de tout temps (primaire) ou acquis (secondaire).

Le problème essentiel de diagnostic est que le vaginisme est un problème dépendant de l'activité sexuelle. L'examen ne peut pas toujours diagnostiquer sa présence ou affirmer son absence. Dans certains cas, l'impossibilité d'insertion vaginale

peut couvrir le pénis mais aussi le spéculum ou le tampon. Le vaginisme peut se produire avec un partenaire et pas avec un autre, dans une situation précise et pas dans une autre. Un diagnostic exact, nécessite un examen physique minutieux, histoire gynécologique et histoire sexuelle des deux partenaires.

**Les patientes vaginiques peuvent avoir des attitudes positives envers la sexualité, apprécient les activités sexuelles et peuvent atteindre l'orgasme. Dans ce cas, seul le rapport sexuel pose un problème. D'autres vaginiques ont des idées négatives sur leur expérience sexuelle entraînant peur ou aversion sexuelle.**

Dans une étude ( DE Kruiff ME , 2000) portant sur 30 patients, aucune différence notable n'est trouvée entre vaginisme et dyspareunie en ce qui concerne la capacité d'insérer un doigt dans le vagin ou d'avoir un examen gynécologique. Aucune différence n'a été trouvée en ce qui concerne l'intensité de douleur pendant la tentative de pénétration.

Cependant, les patientes vaginiques ont rapporté plus que les dyspareuniques l'impossibilité de pénétration alors que les dyspareuniques ont montré plus de douleur pendant l'examen. En conclusion, ni l'entrevue ni l'examen physique, ni les examens gynécologiques permettent de distinguer le vaginisme de la dyspareunie.

L'évaluation exacte des désordres sexuels douloureux est un défi sérieux pour les cliniciens. Selon Lankceld (1995), l'évaluation du vaginisme met en lumière une phobie associée à la pénétration qui se traduit par le réflexe de fermeture de la musculature du tiers inférieur du vagin.

**L'excitation et l'orgasme sont possibles si aucune pénétration vaginale n'est anticipée.**

Pour les cas de dyspareunies, nous pouvons suspecter un lien avec un problème d'excitation et

de lubrification. Il est fréquent de voir s'installer un vaginisme secondaire chez la femme ayant une dyspareunie suite à des expériences de pénétrations douloureuses, d'où la complexité d'une évaluation exacte.

### Symptômes de Vaginisme

Les symptômes du vaginisme sont variables ; et aucun symptôme n'est spécifique. Les symptômes varient selon chaque patiente et selon le type de vaginisme

#### *Les symptômes les plus fréquents :*

Les spasmes des muscles de l'entrée vaginale ( muscles bulbo- spongieux)

Spasmes des muscles vaginaux du début du rapport sexuel

Spasmes des muscles vaginaux pendant un examen pelvien

Pénétration sexuelle impossible

Examen pelvien impossible

Peur de la sexualité

Attitude négative envers la sexualité.

#### *Vaginisme : histoire familiale, sexuelle*

La prévalence du vaginisme dans la population en général demeure inconnue (Nathan, 1986), mais certaines études notent que le chiffre 1 % des femmes est plausible. Les symptômes les plus fréquents : s spasmes des muscles de l'entrée vaginale (muscles bulbo- spongieux), début du rapport sexuel, pendant un examen pelvien. Pénétration sexuelle impossible, Examen pelvien impossible. Peur de la sexualité, et attitude négative envers la sexualité.

Le milieu familial des femmes souffrant de vaginisme serait caractérisé selon les études publiées par :

- Attitude autoritaire et oppressive de la part des parents. ( père dominant ),
- Relation père-fille caractérisée par la séduction, la surprotection, manque de respect de l'intimité de la fille)
- Tentative d'inceste durant l'enfance ou l'adolescence ainsi qu'une survalorisation de la virginité.
- Manque de frontières entre la mère et la fille ( vaginisme comme défense permettant à la femme vaginique d'être séparée d'une mère

contrôlante) .

- Immaturité génitale des vaginales, fonction défensive qui leur permet de conserver l'espoir d'être aimé un jour inconditionnellement par la mère, elles souffrent fondamentalement d'un vide maternel, et elles se ferment à l'homme pour ne pas être infidèle à la mère.
- Les frères et les sœurs de la femme vaginique sont souvent plus âgés et qu'ils ont des conflits avec les parents.
- La femme vaginique est toujours la "bonne fille" de la famille, obéissante, incapable d'exprimer sa colère, évitant les conflits, tentant de plaire.
- La mère de la fille vaginales est décrite comme n'aimant pas le sexe et considérant cette activité comme une obligation.

#### *Histoire sexuelle*

- La femme vaginique est capable d'excitation, de lubrification et d'orgasme.
- Les femmes vaginales remplacent la pénétration par d'autres pratiques sexuelles qu'elles réalisent avec facilité. Les vaginales pratiquent la fellation et les pratiques autour de l'éjaculation masculine avec plus de facilité que moyenne.
- Il y a souvent un historique d'incapacité à utiliser des tampons.
- Les femmes souffrant de vaginisme évitent les relations sexuelles et ne sont pas très sensuelles durant l'activité sexuelle selon l'avis de leur partenaire.
- 27% des femmes ont des croyances religieuses fortes.
- 7% des vaginales ont une histoire d'abus sexuels
- Les pensées exprimées par les vaginales de genre : les hommes ont besoin de sexe, les organes génitaux sont sales, les hommes sont sales, l'acte sexuel est comme sale et humiliant mais nécessaire à la procréation.
- Peu ou pas d'éducation sexuelle.

#### *Fantasmes et rêves sexuels*

- Le fantasme sous-jacent de la vaginique est de type agressif-sadique. Le fantasme d'intrusion ou de viol est fréquent.
- Les rêves de viol sont présents chez 63,6% des femmes vaginales.

- Fantômes de destruction, de contamination par le " pénis".

### Vaginisme : les causes

Certains insèrent le vaginisme dans les troubles phobiques, d'autres dans les troubles d'hystéries. Le vaginisme sera donc une réaction phobique, une peur excessive ayant le but d'empêcher la pénétration ou de lutter contre un désir agressif inconscient.

#### *Les causes organiques du vaginisme :*

- anomalie hyménale,
- hymen rigide
- atrophie vaginale,
- absence de vagin,
- infection au col,
- utérus inversé,
- vulvo-vaginites,
- lésions ou infections vaginales
- endométriose,
- douleurs pelviennes chroniques,

#### *Approche comportementale*

Masters et Jonhson (1971) ont désigné le spasme vaginal comme réaction somatique des muscles péri -vaginaux. Ce point de vue donne aux composantes psychologiques un rôle important ; pénétration forcée, viol, abus, dyspareunie, conformisme religieux et l'homosexualité féminine. Cette approche pense que les chocs émotionnels ou physiques ont provoqué une réaction physiologique de défense.

#### *Approches analytique*

On a suggéré que le vaginisme est un symptôme qui préserve l'intégrité corporelle et les frontières de la femme, une protection contre une violation des limites. La théorie psychanalytique considère le vaginisme comme un trouble de conversion du à un conflit psycho-sexuel. Les vaginiques sont fixées ou ayant régressées au stade précœdipien ou œdipien, et donc n'ont pas su transférer leur libido du père au mari.

#### *Approche sexoanalytique*

Cette approche développée par des sexologues canadiens insiste sur le manque d'investissement des vaginiques dans le couple, par appréhension d'une "destruction corporelle et une contamina-

tion par le mauvais pénis ". Le thème de la perte est présent dans cette approche : perte de l'amour du père, de la mère, perte du rêve d'un amour inconditionnel, perte de la pureté, perte de l'estime de soi.

### Les couples des femmes vaginiques

- Certaines vaginiques donnent souvent des signes d'infantilisme ; allure d'une petite fille dans un corps de femme.
- Certaines vaginiques s'accrochant désespérément à ses rêves d'enfance et se sent incapable d'assumer le rôle de femme adulte ; elle ne peut devenir ni une mère ni une amante.
- La relation sexuelle serait pour les vaginiques une bataille des sexes avec angoisse où la féminité est vue comme un indice de faiblesse et de passivité.
- Dans 13% des couples, le partenaire masculin a un problème sexuel.
- Les femmes vaginiques peuvent percevoir leur conjoint comme non-fiable, décrivent leur partenaire comme passif et ayant peur de l'agressivité.
- La femme vaginique est généralement sélective dans le choix de ses partenaires sexuels ; elle aura tendance à choisir un homme doux, sans agressivité phallique, complice de son vaginisme parce qu'il doute lui-même de sa puissance coïtale.
- Le partenaire peut jouer un rôle majeur dans le maintien des symptômes s'il est passif, dépendant, attentionné, ayant peur de son agressivité sexuelle et impliqué dans une relation fusionnelle avec sa femme.

### Structure du couple vaginique

En étudiant 56 couples vaginiques (Munasinghe T, 2004), Dix hommes partenaires des femmes vaginiques ont développé des problèmes sexuels: échec érectile et éjaculation prématurée.

Le traitement du vaginisme n'améliore pas toujours les rapports du couple, car certaines difficultés psychologiques ont demeuré inchangées.

### Vaginisme : traitement psychologique

Le traitement permet selon les études de guérir 90-100 % des cas. La guérison se définit selon les rares études disponibles par la possibilité d'avoir une relation sexuelle avec pénétration vaginale complète.

Il existe peu d'étude pour évaluer la réussite du traitement, et pour savoir si la pénétration profonde touchant le col utérin est un signe de guérison ou si une pénétration partielle avec des mouvements copulatoires peut être considérée comme un signe de la fin de la lésion ou si l'activité sexuelle jugée satisfaisante dans le couple est le signe d'une guérison ?

Le traitement inclut plusieurs parties :

Relaxation, et allègement de l'anxiété de la femme :

Les techniques utilisées dans l'allègement de l'anxiété sont utiles, en adoptant la technique appropriée. En règle générale, les symptômes sévères et persistants de l'anxiété exigent la pharmacothérapie (Association Psychiatrique américaine, 1998). Il existe actuellement de nombreux anxiolytiques efficaces capables d'améliorer l'état anxieux de la femme.

Les médicaments utilisés pour traiter les troubles anxieux sont benzodiazépines, euphorisants, et buspirone (Lydiard et al., 1996). A la lumière de nouvelles données, d'autres classes de médicaments sont développées visant le CRH et d'autres agents neuroactifs (Nemeroff, 1998).

Améliorer la compréhension de la femme de sa sexualité :

Les femmes vaginiques portent en elle des préjugés sur la sexualité, et sur les hommes en générale. L'amélioration passe par :

- \* Explication de l'anatomie du vagin et la réponse sexuelle chez la femme.
- \* Explication de l'anatomie du pénis, les dimensions du pénis.
- \* Discuter les idées négatives sur la sexualité de genre ; sale, douleur, interdit.
- \* Discuter les idées négatives sur les hommes de genre sales ; violents, en insistant sur l'erreur de la généralisation en cherchant les hommes exemples comme le père ou les frères.
- \* Discuter les liens familiaux, afin de détecter un

lien difficile avec la mère

- \* Détecter la présence d'un abus sexuel ou d'une homosexualité féminine latente.
- \* Détecter une peur phobique de la grossesse ou des MST.

### Vaginisme : traitement comportemental

La guérison se définit selon les rares études disponibles par la possibilité d'avoir une relation sexuelle avec pénétration vaginale complète.

Il existe peu d'étude pour évaluer la réussite du traitement, et pour savoir si la pénétration profonde touchant le col utérin est un signe de guérison ou si une pénétration partielle avec des mouvements copulatoires peut être considérée comme un signe de la fin de la lésion ou si l'activité sexuelle jugée satisfaisante dans le couple est le signe d'une guérison ?

Traitement comportemental (dilatations et exercices de Kegel)

Il s'agit d'apprendre comment contrôler et relaxer les muscles. Il faudra faire ces exercices pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Pendant cette période, les rapports sexuels pénétratifs sont déconseillés. Les activités sexuelles non coïtales sont utiles pour consolider le couple.

Les exercices de Kegel sont ceux utilisés après l'accouchement. Ils consistent à resserrer les muscles du plancher pelvien. Les mêmes muscles qu'il faudrait contracter si la patiente cherche à interrompre l'écoulement de l'urine. Contracter les muscles, et les maintenir pendant quelques secondes, puis relâcher.

Ces exercices sont à faire à n'importe quel moment de la journée. Le nombre de 20 exercices par jour est celui le plus cité dans les études publiées.

Après quelques jours, il est conseillé d'introduire un doigt dans le vagin. L'insertion aisée de trois doigts est le but de cette dilatation.

Après une lubrification, les doigts seront insérés à une profondeur de plus de 4 cm ( 5 ou 6 cm



) ou à la première jointure après l'articulation. Le muscle responsable de vaginisme, le muscle bulbo-spongieux, est situé à 4 cm.

La participation du partenaire est déconseillée au début, voir inutile.

Le temps nécessaire varie de quelques semaines à des mois. Il est possible aussi d'opter pour des dilateurs en plastique ( répandu aux États-Unis ). L'utilisation des vibromasseurs est possible.

Après l'insertion de 3 doigts ou d'un dilateur d'une largeur comparable à celle d'un pénis ( 4-5 cm ) , un rapport sexuel devient possible.

Les positions sexuelles devraient aider la femme à contrôler la profondeur de la pénétration ( position cavalière ou position des cuillères.) En cas de douleur, il faut recommencer les exercices de Kegel.

### Vaginisme : Traitement par Botox

La première étude publiée était dans le journal Lancet 1997 Mar 1;349(9052):656, suivie d'une étude détaillée en 2000 par l'étude de Shafik A et al dans le J Obstet Gynaecol.

Cette étude pilote a traité 8 femmes âgées de 25-27 ans Chaque patiente a reçu une injection de Botox (25 IU dilués dans 1 ml de sérum ) dans les deux muscles bulbo-spongieux.

Le suivi a duré de 7 à 14 mois. Toutes les patientes sans exception ont été capables de recevoir une pénétration vaginale satisfaisante pour le couple, et aucune patiente n'a nécessité une deuxième injection Aucun cas de récurrence. L'étude conclut qu'aucune complication n'a été observée.

En 2004, l'agence Reuters diffuse la dépêche " Botox-Type Drug Helpful for Vaginal Spasm Disorder Nov 13, 2004 " : 10 % des femmes vaginales ne bénéficiant pas des traitements disponibles (lubrifiants, crèmes anesthésiques, traitement anti-anxiété et exercices de Kegel, ont été traitées avec succès par injection locale de toxine botulique peut aider.

L'étude mentionnée par Reuters est publiée en juillet 2005 dans Journal of Urology. Cette étude (Ghazizadeh, 2005) porte sur 34 femmes vagi-

niques traitées entre 2002 et 2004. L'âge moyen est 25 ans variant de 19 à 34 ans.

Leur vaginisme est modéré à sévère. La toxine botulique (150-400 mIU) était injectée dans les muscles pubo-rectaux, trois injections de chaque coté du vagin

95, 8% des femmes étaient capables d'avoir un examen vaginal une semaine après l'injection, 75% ont eu une pénétration satisfaisante après la première, 16.7% ont eu une douleur légère ; et 1 cas a nécessité une deuxième injection. Le suivi a duré en moyenne 12,3 mois. Aucune complication ou récurrence.

#### Référence :

Reissing ED; Binik YM; Khalife S; Cohen D; Amsel R : Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Arch Sex Behav 2004 Feb;33(1):5-17

De Kruiff ME; ter Kuile MM; Weijnenborg PT; van Lankveld JJ : Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? J Psychosom Obstet Gynaecol 2000 Sep;21(3):149-55

Munasinghe T; Goonaratna C; de Silva P Couple characteristics and outcome of therapy in vaginismus. Ceylon Med J 2004 Jun;49(2):54-7

Reissing ED; Binik YM; Khalife S; Cohen D; Amsel R : Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Arch Sex Behav 2004 Feb;33(1):5-17

De Kruiff ME; ter Kuile MM; Weijnenborg PT; van Lankveld JJ : Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? J Psychosom Obstet Gynaecol 2000 Sep;21(3):149-55

## Exercices de Kegel



**P**our éviter la douleur durant le premier rapport sexuel, certains conseillent de distendre l'hymen et d'exercer le vagin. Une femme peut le faire en utilisant ses doigts pour exercer, et dilater le vagin. Les exercices de Kegel sont utiles aussi.

Une femme peut lubrifier son doigt avec un lubrifiant à base d'eau ou avec de la salive et écarter les petites lèvres comme elle fait pendant la masturbation. Il est possible aussi de stimuler le clitoris pour assurer la présence de lubrification dans le vagin.

Le doigt introduit, il est possible d'appuyer sur les parois du vagin pour les dilater et les exercer. La distance entre l'entrée du vagin et l'hymen est de 4 cm.

Il faut introduire le doigt jusqu'au moment où une résistance apparaît. Ce geste distend l'hymen et les muscles vaginaux.

Avec le temps, il est possible d'introduire deux doigts sans gêne ni douleurs. Les muscles pelviens qui entourent l'orifice vaginal peuvent être serrés.

Cette situation peut rendre l'insertion d'un seul doigt inconfortable ou impossible.

Dans ce cas, il est possible de presser l'orifice vaginal contre le doigt et de réaliser des mouvements circulaires lents avant de tenter d'introduire le doigt.

Dans la plupart des cas, l'ouverture dans l'hymen autorisera l'insertion d'un doigt lubrifié ou d'un tampon mais certaines formes d'hymen ne résistent pas.

Le partenaire peut aider la femme aussi à améliorer l'apprentissage de son vagin en évitant d'être violent ou passionné.

La défloration nécessite moins de pression et de force que la masturbation, et l'homme peut seulement introduire le gland entre les deux lèvres et laisser glisser le pénis.

La femme peut détendre ses jambes et décontracter ses muscles pour améliorer la réception du pénis.

Le vagin sain d'une fille vierge est solidement serré, peu profond et consolidé d'une importante couche musculaire. La pénétration peut être douloureuse au début de la vie sexuelle avant de se dilater, s'allonger.

D'autre part, des muscles vaginaux trop serrés peuvent empêcher la pénétration comme dans le vaginisme ou altérer la sensation sexuelle en réduisant la friction entre les parois vaginales et le pénis. Les jeunes femmes peuvent résoudre ce problème en faisant les certaines exercices (comme les exercices de Kegel) .

La meilleure façon pour une jeune femme d'apprendre à faire les exercices de Kegel est de pratiquer l'arrêt du flux d'urine de sa vessie quand elle urine. Au lieu de laisser couler l'urine librement, elle arrête le flux pendant quelques secondes pour fortifier les muscles pelviens et vaginaux. La femme peut aussi serrer ses muscles vaginaux pendant une ou deux secondes, dix fois par jour, pour arriver à un résultat satisfaisant.

Il est possible d'évaluer la contraction des muscles vaginaux en introduisant un doigt et tenter de toucher la paroi vaginale. Le doigt se glisse plus facilement sur des muscles décontractés.

Ces gestes sont utiles pour pouvoir recevoir le doigt ou le pénis du partenaire sans douleur ni peur excessive. Les muscles décontractés augmentent aussi la conscience de soi d'une femme, et son désir sexuel. Chaque position sexuelle met le pénis au contact d'une paroi vaginale différente.

## Table des matières

### Les problèmes sexuels 2

Effets de l'âge	2
Dysfonctionnement sexuel	2
Facteurs psychologiques et émotifs :	2
Facteurs organiques	3
- Problèmes hormonaux :	3
- Neuropathie :	3
- Insuffisance vasculaire :	3
Les médicaments :	3
Histoire médicale sexuelle	4
Evaluation et intervention chez l'homme	5
A- Les causes organiques	5
B- Les causes psychologiques	5
Evaluation chez la femme	5
Certaines définitions utiles :	5
- Trouble de désir sexuel hypoactif :	5
- Aversion sexuelle :	5
- Trouble de l'excitation sexuelle féminine :	6
- Le trouble orgasmique :	6
- Dyspareunie :	6
- Vaginisme :	6
- Douleurs sexuelles non coïtales :	6
La thérapie sexuelle ou la sexo-thérapie	6
Références :	6

### Dyspareunie: Pénétration douloureuse 7

Anatomie de la pénétration	7
Intromission :	7
Mouvements coïtaux :	7
Ejaculation	7
La dyspareunie superficielle	8
La dyspareunie profonde	8
La dyspareunie psychologique	8
Les causes les plus fréquentes des douleurs sexuelles	8
Manque de lubrification	8
Rapports sexuels sans préparation suffi-	

sante 8

Pénétration rapide, pénétration profonde	8
Pénétration douloureuse dans une relation de mauvaise qualité	8
Pilule contraceptive	8
Lésions vulvaires	9
Infection et Maladies sexuellement transmissibles	9
Problèmes liés à la sexualité	9
Vaginisme	9
Vestibulite vulvaire	9
D'autres maladies	9

### Orifice vaginal ou de l'introitus 10

### Vagin : son rôle sexuel 11

### Anatomie de la pénétration 13

### Douleurs sexuelles: origine vulvaire et pelvienne 14

Evaluation	14
Dyspareunie d'origine vulvaire et vestibulaire : diagnostic différentiel	14
Localisation : Vestibule et vagin	14
Localisation : Vestibule et vagin	14
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Localisation : Vestibule et vagin	15
Dyspareunie d'origine pelvienne: diagnostic différentiel	15
Localisation : Vestibule	15
Localisation : Périnée et anus	15
Localisation : Périnée et anus	15
Localisation : Rectum	15
Localisation : Vagin	15
Localisation : Vagin	16
Localisation : bassin	16

<i>Localisation : bassin</i>	16
<i>Localisation : bassin</i>	16
<i>Localisation : bassin</i>	16

### **Vaginisme ou dyspareunie ? 17**

Dyspareunie	17
<i>Origine organique :</i>	17
<i>Composante homosexuelle</i>	17
<i>Traiter la cause organique</i>	18
<i>Vaginisme</i>	18
<i>Origine organique :</i>	18
<i>Origine psychologique :</i>	18

### **Vaginisme, symptômes, causes et traitements 20**

Fréquence	21
Vaginisme : Diagnostic et symptômes	21
Symptômes de Vaginisme	22
<i>Les symptômes les plus fréquents :</i>	22
<i>Vaginisme : histoire familiale, sexuelle</i>	22
<i>Histoire sexuelle</i>	22
<i>Fantasmes et rêves sexuels</i>	22
Vaginisme : les causes	23
<i>Les causes organiques du vaginisme :</i>	23
<i>Approche comportementale</i>	23
<i>Approches analytique</i>	23
<i>Approche sexoanalytique</i>	23
Les couples des femmes vaginiques	23
Structure du couple vaginique	23
Vaginisme : traitement psychologique	24
Vaginisme : traitement comportemental	24
Vaginisme : Traitement par Botox	25

### **Exercices de Kegel 26**