




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme[☆]

M. Morin (PhD)^{a,*}, S. Bergeron (PhD)^a

^a Département de psychologie, université de Montréal, CP 6128, succursale centre-ville, Montréal, H3C 3J7 Québec, Canada

^b Département de psychologie, université McGill, Montréal, Québec, Canada

Disponible sur Internet le 13 mars 2009

MOTS CLÉS

Dyspareunie ;
Vestibulodynie ;
Plancher pelvien ;
Physiothérapie ;
Kinésithérapie ;
Rétroaction
biologique

Résumé Selon des études récentes, les muscles du plancher pelvien seraient impliqués dans la pathophysiologie de la dyspareunie, particulièrement la vestibulodynie provoquée.

Objectif. – Le but principal de cet article est de présenter les diverses composantes des traitements de rééducation périnéale (l'éducation, la rétroaction biologique, les techniques manuelles et d'insertion ainsi que les modalités électrothérapeutiques) et de discuter de leur efficacité pour le traitement de la dyspareunie chez la femme.

Méthode. – Une revue de la documentation scientifique sur Pubmed a servi de base à cette recherche.

Résultats. – L'état actuel des connaissances concernant l'utilisation de la rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie s'appuie principalement sur trois études à répartition aléatoire, qui démontrent le bien fondé de la rétroaction biologique et de la neurostimulation électrique transcutanée. Les appuis empiriques concernant l'efficacité des autres modalités proviennent d'études observationnelles et rétrospectives.

Discussion. – Les résultats suggèrent que la rééducation périnéale est une intervention prometteuse pour les femmes atteintes de vestibulodynie. Toutefois, des essais cliniques randomisés sont nécessaires afin de documenter l'efficacité de l'ensemble des modalités incluses dans la rééducation périnéale et d'examiner son utilité comme traitement pour d'autres types de douleur sexuelle tels que le vaginisme.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Selon une vaste étude épidémiologique, les douleurs récurrentes lors des relations sexuelles, appelées dyspareunie, affecteraient de 8 à 21% des femmes (Laumann et al., 1999). Tel que rapporté par Weijmar Schultz et al. (2005), la dyspareunie superficielle ou profonde est un symptôme pouvant être associé à diverses pathologies nécessitant une attention médicale (i.e., vaginite, atrophie, problèmes dermatologiques, endométriose, etc.). Parmi ces dernières, la vestibulodynie provoquée (antérieurement appelée vestibulodynie)

DOI de l'article original : 10.1016/j.sexol.2009.01.003.

[☆] This issue also includes an English abridged version: Morin M, Bergeron S. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of dyspareunia in women.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : melanie.m.morin@usherbrooke.ca (M. Morin).

lite vulvaire) est reconnue comme étant l'une des causes les plus fréquentes de dyspareunie (Meana et al., 1997; Spector et al., 1993). La vestibulodynie se caractérise par une douleur vive au toucher du vestibule ou lors d'une tentative de pénétration vaginale (Friedrich, 1987; Moyal-Barracco et Lynch, 2004). Non seulement la vestibulodynie entraîne-t-elle des répercussions négatives sur la fonction sexuelle des femmes atteintes, mais ce problème de douleur vulvo-vaginale peut devenir une source de détresse psychologique et conjugale importante (Desrochers et al., 2008b; Meana et al., 1997). Malgré le fait que la vestibulodynie ait été décrite dans des ouvrages de gynécologie il y a plus de cent ans (Skene, 1889), et malgré un taux de prévalence élevé, il y a un manque flagrant d'études contrôlées visant à élucider les aspects descriptifs, étiologiques et thérapeutiques du syndrome. D'une part, très peu d'études de traitement à répartition aléatoire ont été menées jusqu'à maintenant et, d'autre part, ces études indiquent qu'outre l'approche chirurgicale, les interventions médicales ont des taux de succès décevants ou ne sont pas plus efficaces qu'un placebo (Bergeron et al., 2001b, 2008a; Bornstein et al., 2000; Nyirjesy et al., 2001). Étant donné que la chirurgie ne constitue pas une intervention de première ligne, les professionnels de la santé tentent de développer d'autres approches thérapeutiques. Ainsi, selon une conceptualisation de la vestibulodynie comme étant un problème de douleur provoquée et chronique, plusieurs se tournent vers un modèle multimodal de gestion de la douleur dont la physiothérapie, en particulier la rééducation périnéale, serait un élément central (Bergeron et al., 2002a).

Description clinique et étiologie

La vestibulodynie constitue un diagnostic clinique, c'est-à-dire qu'il n'existe aucun signe pathologique apparent qui permette d'identifier le syndrome. Les examens gynécologiques réguliers ne révèlent habituellement aucune infection ou anomalie. Friedrich (1987) a néanmoins proposé quelques critères diagnostiques afin de mieux caractériser cette douleur récurrente :

- une douleur vive au toucher du vestibule (la région de la vulve située entre les orifices du vagin et de l'urètre) ou lors d'une tentative de pénétration vaginale ;
- une douleur aiguë lors de la palpation de la région vestibulaire à l'aide d'un coton-tige ;
- de l'érythème à la région vulvaire.

Nous avons depuis démontré que la présence d'érythème n'est pas un critère diagnostique fidèle (Bergeron et al., 2001a). En fait, seule la palpation du vestibule à l'aide d'un coton-tige permet de localiser la région douloureuse avec précision.

L'étiologie de la vestibulodynie demeure obscure et résulte possiblement de plusieurs mécanismes pathophysiologiques (Farage et Galask, 2005; Goldstein et Burrows, 2008; Weijmar Schultz et al., 2005). De ce fait, certains ont proposé de conceptualiser la vestibulodynie selon un modèle biopsychosocial où l'interdépendance des facteurs biomédicaux, comportementaux, affectifs, cognitifs et interpersonnels perpétue le cycle de la douleur (Binik

et al., 2007; Landry et al., 2008). Burrows et al. (2008) ont suggéré la présence d'une anomalie congénitale liée au sinus urogénital primitif. De plus, certains facteurs génétiques et/ou immunologiques ont également été rapportés (Babula et al., 2004; Witkin et al., 2002a, 2002b). Ces derniers contribueraient à réduire la réponse immunitaire et à augmenter la susceptibilité à l'inflammation chronique au niveau vulvaire (Farage et Galask, 2005). Les femmes atteintes de vestibulodynie ont d'ailleurs démontré une augmentation de plusieurs facteurs (mastocytes, lymphocytes T, etc.) suggérant une inflammation chronique vulvaire (Bornstein et al., 2004; Chadha et al., 1998; Pyka et al., 1988). Ainsi, une femme présentant une susceptibilité génétique/immunologique/congénitale combinée à un certain trauma vulvaire (e.g., une infection virale/bactérienne ou une réaction allergique quelconque) pourrait développer une vestibulodynie.

Par ailleurs, des processus neurologiques centraux et périphériques ont également été suggérés (Bohm-Starke et al., 1998; Bornstein et al., 2004; Pukall et al., 2002; Westrom et Willen, 1998). De ce fait, une augmentation de la densité des fibres nerveuses afférentes de type C et des nocicepteurs a été décrite chez les femmes souffrant de vestibulodynie (Bohm-Starke et al., 1998; Bornstein et al., 2004; Westrom et Willen, 1998). Pukall et al. (2002) ont suggéré un phénomène central, puisque les femmes souffrant de vestibulodynie ont démontré une hypersensibilité généralisée (et non strictement vulvaire) au toucher et au stimuli douloureux. Qui plus est, les contraceptifs oraux ont été associés à une augmentation du risque de développer la vestibulodynie (Bohm-Starke et al., 2004; Bouchard et al., 2002).

Quant aux facteurs psychologiques, il semblerait que les femmes qui sont plus anxieuses, qui ont peur de la douleur, qui ont des pensées catastrophiques vis-à-vis la douleur et qui présentent un faible degré d'efficacité personnelle décrivent une douleur plus intense (Desrochers et al., sous presse; Payne et al., 2007). Enfin, il a été mentionné qu'une dysfonction des muscles du plancher pelvien (également appelé périnée) serait impliquée dans la pathophysiologie de la vestibulodynie (Mariani, 2002; Zolnoun et al., 2006). Cet article a pour objectif principal de présenter les stratégies d'intervention pouvant être incluses dans les traitements de rééducation périnéale chez la femme souffrant de dyspareunie. Une recension des écrits portant sur ces modalités ainsi que sur le rôle des muscles du plancher pelvien dans la vestibulodynie sera présentée.

Rôle des muscles du plancher pelvien

La musculature du plancher pelvien comprend plusieurs muscles qui, globalement, s'étendent du pubis jusqu'au coccyx (Ashton-Miller et DeLancey, 2007). De par leur fonction sphinctérienne et leur implication dans le soutien des organes pelviens, ces muscles jouent un rôle prépondérant dans le maintien de la continence urinaire et anale (Ashton-Miller et DeLancey, 2007; Mostwin et al., 2005). Ces muscles sont également impliqués dans la réponse sexuelle (Shafik, 2000).

Plusieurs auteurs ont suggéré qu'une dysfonction des muscles du plancher pelvien serait associée à la vestibulodynie (Glazer et al., 1998; Reissing et al., 2004, 2005; White et al., 1997). Glazer et al. (1998) ainsi que White et al. (1997) ont démontré grâce à une évaluation électromyographique (EMG) intravaginale que les femmes atteintes de vestibulodynie présentaient une augmentation de l'activité EMG au repos. Une réduction de la force et de l'endurance de même qu'une instabilité des muscles du plancher pelvien ont également été observées (Glazer et al., 1998; White et al., 1997). En outre, Reissing et al. (2004, 2005) ont démontré une augmentation de la tonicité des muscles du plancher pelvien, évaluée grâce à la palpation digitale intravaginale, chez les femmes souffrant de vestibulodynie par rapport aux femmes asymptomatiques.

Bien que certaines théories aient été proposées, les mécanismes exacts par lesquels les muscles du plancher pelvien interviennent dans la pathophysiologie de la vestibulodynie demeurent méconnus. La plupart des théories stipulent qu'une inflammation chronique de la muqueuse vulvovaginale occasionnerait une dysfonction musculaire du plancher pelvien, soit :

- en déstabilisant le plancher pelvien et en provoquant une augmentation de tonicité et un pauvre contrôle musculaire (Glazer et al., 1998);
- en sollicitant une réaction de protection face à la douleur ressentie lors de la tentative de relation sexuelle (Reissing et al., 2004, 2005);
- en infiltrant les tissus musculaires sous-jacents, créant une hypersensibilité des structures du plancher pelvien (Wesselmann, 2001).

À l'inverse, Zolnoun et al. (2006) ont suggéré qu'une dysfonction des muscles du plancher pelvien agirait comme un initiateur à l'augmentation de sensibilité de la muqueuse. Cette théorie a été élaborée à partir de sujets atteints de problématiques temporomandibulaires où la dysfonction musculaire initiale engendrait des douleurs orofaciales (Dworkin et LeResche, 1992). Quel qu'en soit l'interprétation, il est plausible que nous assistions à un cercle vicieux impliquant l'inflammation et les tensions musculaires du plancher pelvien additionnelles (Graven-Nielsen et Arendt-Nielsen, 2002; Svensson et al., 1998).

Par ailleurs, le manque de consensus lié à la terminologie employée pour dénoter la tonicité musculaire du plancher pelvien est à souligner. Cela complique l'étude et la compréhension de la pathophysiologie musculaire liée à la vestibulodynie. En effet, les termes « hypertonicité » (Reissing et al., 2005), « hyperactivité (*overactivity*) » (Messelink et al., 2005), « spasme » (Reissing et al., 2004), « tensions » (Sinaki et al., 1977), « spasticité » (Kuijpers et Bleijenbergh, 1985), etc. sont utilisés pour désigner l'état des muscles du plancher pelvien au repos. Tel qu'expliqué par Simons et Mense (1998), ces divers termes sous-tendent une physiologie musculaire complexe et méconnue. Par ailleurs, les lacunes importantes des outils d'évaluation actuels des muscles du plancher interfèrent avec l'investigation de l'étiologie musculaire de la vestibulodynie.

La rééducation périnéale : une combinaison de modalités thérapeutiques

Le kinésithérapeute ou physiothérapeute spécialisé en rééducation périnéale dispose d'une multitude de modalités thérapeutiques pour aider les femmes souffrant de dyspareunie. Tel que résumé par Bergeron et al. (2002b), l'objectif principal des traitements vise la rééducation des muscles du plancher pelvien en :

- augmentant la conscience de la musculature et la proprioception;
- améliorant la discrimination et la relaxation musculaire;
- normalisant la tonicité musculaire;
- augmentant l'élasticité des tissus vaginaux et en désensibilisant la région douloureuse;
- réduisant la peur reliée à la pénétration vaginale.

Ces objectifs sont atteints via la combinaison de plusieurs éléments tels que l'éducation, la rétroaction biologique (*biofeedback*), les techniques manuelles et d'insertion et les modalités électrothérapeutiques. Avant d'aborder plus en détails les écrits scientifiques appuyant l'efficacité de chacune des modalités, nous présenterons les études portant sur la combinaison de modalités.

Études portant sur la combinaison de modalités

Bien que peu nombreuses, les études portant sur la combinaison de moult modalités reflètent davantage la réalité clinique des traitements de rééducation périnéale. Fitzgerald et Kotarinos (2003a, 2003b) ont bien décrit l'évaluation et les techniques de traitement de diverses affections associées à une hypertonicité des muscles du plancher pelvien dont la vestibulodynie. Dans le cadre d'une étude rétrospective, Bergeron et al. (2002b) ont démontré que 71% des femmes atteintes de vestibulodynie avaient démontré une amélioration plus que modérée de leur condition douloureuse. Une amélioration significative de leur fonction sexuelle a également été rapportée (Bergeron et al., 2002b). Les traitements prodigués incluaient l'éducation, les techniques manuelles, la rétroaction biologique, la stimulation électrique, ainsi que les exercices d'étirement et de dilatation vaginale (Bergeron et al., 2002b). En utilisant un devis observationnel, Dionisi et al. (2008) ont observé une amélioration des douleurs chez 75% des femmes atteintes de vestibulodynie suite à dix séances de traitements combinant la stimulation électrique, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), la rétroaction biologique et des exercices d'étirements à domicile. Plusieurs études de cas ont également suggéré l'efficacité des traitements multimodaux de rééducation périnéale pour les femmes souffrant de dyspareunie (Downey et Frederick, 2006; Fisher, 2007; Holland, 2003). Par ailleurs, dans une étude observationnelle menée auprès de 111 participantes, Goetsch (2007) a rapporté que les traitements de physiothérapie étaient un adjuvant essentiel à la vestibulectomie – l'intervention chirurgicale recommandée en dernier recours aux femmes atteintes de vestibulodynie.

Éducation et conseils

Le physiothérapeute ou kinésithérapeute joue un rôle clé dans l'éducation et les conseils prodigués aux femmes souffrant de dyspareunie. Bien que l'efficacité de cette composante de la rééducation périnéale n'ait jamais été étudiée de façon isolée, les conseils sur les habitudes de vie, les comportements (activités physiques à proscrire, suppression des irritants vulvaires, positions sexuelles (Rosenbaum et Owens, 2008) ainsi que les techniques de réduction du stress (sommeil, respiration) ont été intégrés dans quelques études de traitement (Bergeron et al., 2001b; Weijmar Schultz et al., 1996). L'éducation portant sur l'anatomie et la physiologie des muscles du plancher pelvien est cruciale. Il a été démontré que l'observation et la palpation vaginale sont essentielles à l'apprentissage d'une contraction musculaire optimale du plancher pelvien. En effet, lors d'instructions strictement verbales, plus de la moitié des femmes n'effectuait pas une contraction appropriée (Bo et al., 1990; Bump et al., 1996).

Par ailleurs, Rosenbaum (2005) souligne le rôle des physiothérapeutes dans l'initiation du traitement cognitivocomportemental, l'aide apportée pour la gestion de l'anxiété ainsi que l'identification de composantes psychologiques nécessitant une intervention d'un professionnel en santé mentale. Bergeron et Lord (2003) abondent en ce sens en suggérant une approche multidisciplinaire intégrant la rééducation périnéale et la psychothérapie cognitivocomportementale. Selon notre expérience clinique, la multidisciplinarité renforce les objectifs de chacune des approches. En guise d'exemple, une patiente souffrant de vestibulodynie traitée conjointement par les deux auteurs présentait une difficulté à appliquer les recommandations et exercices à domicile. De plus, cette patiente annulait systématiquement plusieurs rendez-vous en physiothérapie et en psychothérapie. Ainsi, lors des séances en psychothérapie, la patiente a été mise en face de son comportement d'évitement, favorisant une réflexion face aux causes de ce problème, qui a souvent pour origine une peur de la douleur. L'importance de l'assiduité aux traitements a été réitérée par les deux thérapeutes, ce qui a permis de conscientiser et responsabiliser efficacement la patiente.

Rétroaction biologique

Glazer et al. (1995) ont été les premiers à suggérer l'utilisation de la rétroaction biologique pour le traitement des femmes souffrant de vestibulodynie. Suite à une intervention d'une durée moyenne de 16 semaines, 22 des 28 participantes de leur étude ont repris leurs activités sexuelles et 52% ont rapporté la résorption totale de la dyspareunie. Cette même équipe de recherche a reproduit l'étude auprès d'une population plus homogène de femmes souffrant de vestibulodynie et a obtenu des résultats similaires (McKay et al., 2001).

Bergeron et al. (2001b) ont mené un essai clinique randomisé comparant la rétroaction biologique, la thérapie cognitivocomportementale et la vestibulectomie. Les femmes ayant reçu les séances de rétroaction biologique ont démontré une réduction significative de leurs douleurs. En effet, une réduction moyenne de 35% de la douleur lors des

relations sexuelles a été rapportée et 34% des participantes ont noté une importante amélioration, voire la résorption complète de leur douleur. Un suivi de plus de deux ans de ces mêmes participantes a non seulement confirmé le maintien des gains thérapeutiques mais a indiqué que la douleur avait diminué de façon significative entre le suivi initial de six mois et celui de deux ans et demi (Bergeron et al., 2008b). Les auteurs soulignent que le plus haut taux d'abandon dans le groupe de rétroaction biologique est possiblement expliqué par la longueur du programme d'exercices à domicile et la nature répétitive des traitements. De plus, ils émettent l'hypothèse que le succès et l'adhésion au traitement pourraient s'avérer supérieurs dans un traitement de physiothérapie multimodal (rééducation périnéale) par rapport à la rétroaction biologique seule (Bergeron et al., 2001b).

Dans une étude à répartition aléatoire, Danielsson et al. (2006) ont comparé la rétroaction biologique à la lidocaïne topique et ont rapporté une amélioration significative chez 12/18 (66%) des participantes lors du suivi de 12 mois post-traitement. Il a été rapporté qu'aucune des femmes n'a effectué les dix minutes d'exercices (3 fois par jour) tels que prescrits. Ce flagrant manque d'adhésion affecte sans aucun doute l'efficacité des traitements. Les auteurs réitèrent l'hypothèse de Bergeron et al. (2001b) quant aux avantages potentiels du traitement de physiothérapie complet. Ainsi, lorsque la rétroaction biologique s'incorpore dans un ensemble de modalités propres à la rééducation périnéale, on pourrait supposer que l'adhésion au traitement serait supérieure. En effet, selon notre expérience clinique, nous sommes d'avis que la combinaison de modalités permet d'adapter et de personnaliser les traitements à chacune des patientes et ainsi favoriser la motivation à compléter les exercices à domicile et potentialiser l'efficacité des interventions.

Thérapie manuelle

Les physiothérapeutes/kinésithérapeutes disposent de plusieurs techniques d'étirements (contraction-relaxation, étirement passif ou résisté, techniques myofasciales) pour faciliter le relâchement musculaire, améliorer la circulation sanguine et améliorer la mobilité dans la région pelvipérinéale ainsi que corriger des déséquilibres posturaux (Downey et Frederick, 2006; Fisher, 2007; Fitzgerald et Kotarinos, 2003b; Holland, 2003; Rosenbaum et Owens, 2008). Ces techniques manuelles permettent également d'assouplir et d'augmenter la taille de l'orifice vaginal de même que désensibiliser la région (Rosenbaum et Owens, 2008). Il est difficile d'évaluer l'efficacité de la thérapie manuelle chez les femmes atteintes de vestibulodynie car les études ont été menées dans un contexte multimodal (voir section Études portant sur la combinaison de modalités).

Dans le cadre d'une étude observationnelle chez des hommes et des femmes aux prises avec diverses affections engendrant de la dyspareunie, Wurn et al. (2004) ont rapporté une réduction des douleurs et une augmentation de la fonction sexuelle. Les auteurs sont cependant avares de détails concernant les techniques prodiguées.

Weiss (2001) a appliqué des techniques de relâchement myofascial chez des hommes et des femmes souffrant

de cystite interstitielle et d'urgence/augmentation de la fréquence mictionnelle. Une douleur myofasciale se définit par la présence de points douloureux gâchettes (*trigger point*) au niveau du muscle, le cas échéant le plancher pelvien et muscles limitrophes (e.g., piriforme et obturateur interne) (Weiss, 2001). Un point gâchette est considéré comme « actif » lorsqu'il est responsable d'une réaction symptomatologique locale et à distance (Simons et al., 1999). Un point gâchette peut perturber la relaxation musculaire, contribuer à sa faiblesse et générer des douleurs référées (Simons et al., 1999). Ces techniques de relâchement sont intéressantes puisqu'il a été rapporté que la majorité des femmes avec des douleurs périméales présenteraient des points gâchettes au niveau du plancher pelvien (Fitzgerald et Kotarinos, 2003a).

Dilatateurs/techniques d'insertion

Les dilatateurs permettent d'étirer et de désensibiliser les muscles du plancher pelvien et la muqueuse vulvovaginale. Il est suggéré qu'ils contribuent également à réduire l'anxiété liée à la pénétration vaginale (Rosenbaum et Owens, 2008). Dans une étude observationnelle menée auprès de femmes atteintes de vestibulodynie, Idama et Pring (2000) ont démontré que les techniques d'auto-insertion à domicile ont permis la résorption complète des douleurs dans 72 % des cas. Murina et al. (2008a), quant à eux, ont étudié l'effet de l'usage de dilatateurs suite à l'une des thérapies suivantes : TENS, infiltration, rétroaction biologique, amitriptyline ou prégabaline. Ils ont rapporté que les dilatateurs permettaient une amélioration supplémentaire de la douleur des participantes. Dans les milieux cliniques, il nous semble important d'intégrer ces techniques d'insertion dans le cadre d'une rééducation musculaire du plancher pelvien.

Modalités électrothérapeutiques et autres

Diverses modalités électrothérapeutiques peuvent être employées dans le but d'améliorer la proprioception des muscles du plancher pelvien, réduire les tensions musculaires et agir au niveau de la douleur (Morris et Newton, 1987). Nappi et al. (2003) ont appliqué une stimulation électrique intravaginale chez des femmes atteintes de dyspareunie. Les résultats suggèrent une amélioration de la force et du relâchement des muscles du plancher pelvien ainsi qu'une réduction de la douleur. De façon similaire, Fitzwater et al. (2003) ont étudié la stimulation électrique auprès de femmes présentant des douleurs et des tensions au niveau des muscles du plancher pelvien. Plus de la moitié (52 %) des femmes ont rapporté une réduction de leur douleur périméale.

Morris et Newton (1987) ont suggéré que les courants de la stimulation galvanique pulsée de haut voltage permettaient de réduire les douleurs au niveau du plancher pelvien. Il a été proposé que ce courant diminuerait le spasme ou les tensions musculaires en infligeant une fatigue aux muscles du plancher pelvien (Morris et Newton, 1987).

Récemment, Murina et al. (2008b) ont complété un essai clinique randomisé sur l'effet de la TENS en comparaison à un courant placebo chez des femmes atteintes de vestibulodynie. Au post-traitement, les femmes dans le groupe

TENS ont démontré une réduction significative de la douleur et une augmentation de la fonction sexuelle (Murina et al., 2008b).

Tel que mentionné par Rosenbaum (2005), la rééducation périméale s'inscrit dans une approche physiothérapeutique plus globale. Une réduction de la mobilité, de l'inflammation ou une dysfonction de la hanche, la sacro-iliaque ou la symphyse pubienne ou encore des tensions/rétractions dans les muscles limitrophes (e.g., ilopsoas, rotateurs externes et adducteurs) pourraient contribuer à la douleur au niveau du plancher pelvien (Fitzgerald et Kotarinos, 2003a; Rosenbaum, 2005). À ce sujet, Graziottin et Brotto (2004) ont conseillé d'inclure à la rééducation périméale deux séances dédiées à la relaxation générale et aux déséquilibres posturaux.

Conclusion

Les écrits actuels suggèrent que la rééducation périméale est un traitement prometteur pour les femmes atteintes de vestibulodynie. Toutefois, compte tenu de la nature observationnelle ou rétrospective de la majorité des études, des essais cliniques randomisés sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité de cette approche non-invasive. De plus, la standardisation de la terminologie et le développement d'outils de mesures objectifs sont essentiels à la compréhension du rôle des muscles du plancher pelvien dans la vestibulodynie.

Références

- Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1101:266–96.
- Babula O, Danielsson I, Sjoberg I, Ledger WJ, Witkin SS. Altered distribution of mannose-binding lectin alleles at exon I codon 54 in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:762–6.
- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S. In favor of an integrated pain-relief treatment approach for vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002a;23:7–9.
- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001a;98:45–51.
- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive – behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulotomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001b;91:297–306.
- Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2002b;28:183–92.
- Bergeron S, Khalifé S, Dupuis M-J. Provoked vestibulodynia: a randomized comparison of cognitive-behavioral therapy and medical management, 2008a [Abrégé présenté au congrès de l'International Society for the Study of Women's Sexual Health, San Diego, CA].
- Bergeron S, Khalifé S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008b;111:159–66.
- Bergeron S, Lord MJ. The integration of pelvi-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sex Relat Ther* 2003;18:135–41.

- Binik YM, Bergeron S, Khalifé S. Dyspareunia and vaginismus: so called sexual pain. In: Leiblum SR, editor. Principles and practice of sex therapy. 4th ed. New York, NY: The Guilford Press; 2007. p. 124–56.
- Bo K, Kvarstein B, Hagen R, Larsen S. Pelvic floor muscle exercises for the treatment of female stress urinary incontinence: II. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. *Neurourol Urodyn* 1990;9: 479–87.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1998;46:256–60.
- Bohm-Starke N, Johannesson U, Hilliges M, Rylander E, Torebjork E. Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives: a contributing factor in vulvar vestibulitis? *J Reprod Med* 2004;49:888–92.
- Bornstein J, Goldschmid N, Sabo E. Hyperinnervation and mast cell activation may be used as histopathologic diagnostic criteria for vulvar vestibulitis. *Gynecol Obstet Invest* 2004;58:171–8.
- Bornstein J, Livnat G, Stolar Z, Abramovici H. Pure versus complicated vulvar vestibulitis: a randomized trial of fluconazole treatment. *Gynecol Obstet Invest* 2000;50:194–7.
- Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case–control study. *Am J Epidemiol* 2002;156:254–61.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10–7.
- Burrows LJ, Klingman D, Pukall CF, Goldstein AT. Umbilical hypersensitivity in women with primary vestibulodynia. *J Reprod Med* 2008;53:413–6.
- Chadha S, Gianotten WL, Drogendijk AC, Weijmar Schultz WC, Blindeman LA, van der Meijden WI. Histopathologic features of vulvar vestibulitis. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:7–11.
- Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1360–7.
- Desrochers G, Bergeron S, Khalifé S, Dupuis M.-J, Jodoin M. Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin J Pain (sous presse)*.
- Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther* 2008b;34:198–226.
- Dionisi B, Anglana F, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. *Minerva Ginecol* 2008;60:485–91.
- Downey P, Frederick I. Physical therapy treatment for vulvar vestibulitis: a case report. *J Women Health Phys Ther* 2006;30:16–9.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;6: 301–55.
- Farage MA, Galask RP. Vulvar vestibulitis syndrome: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;123:9–16.
- Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther* 2007;87:935–41.
- Fitzgerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. I: background and patient evaluation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003a;14:261–8.
- Fitzgerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003b;14:269–75, discussion 75.
- Fitzwater JB, Kuehl TJ, Schrier JJ. Electrical stimulation in the treatment of pelvic pain due to levator ani spasm. *J Reprod Med* 2003;48:573–7.
- Friedrich Jr EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987;32:110–4.
- Glazer HI, Jantos M, Hartmann EH, Swencionis C. Electromyographic comparisons of the pelvic floor in women with dysesthetic vulvodynia and asymptomatic women. *J Reprod Med* 1998;43:959–62.
- Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med* 1995;40: 283–90.
- Goetsch MF. Surgery combined with muscle therapy for dyspareunia from vulvar vestibulitis: an observational study. *J Reprod Med* 2007;52:597–603.
- Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med* 2008;5:5–14, quiz 5.
- Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. Peripheral and central sensitization in musculoskeletal pain disorders: an experimental approach. *Curr Rheumatol Rep* 2002;4:313–21.
- Graziottin A, Brotto LA. Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical approach. *J Sex Marital Ther* 2004;30:125–39.
- Holland A. Case report: physical therapy intervention for dyspareunia. *J Section Women Health* 2003;27:18–20.
- Idama TO, Pring DW. Vaginal dilator therapy—an outpatient gynaecological option in the management of dyspareunia. *J Obstet Gynaecol* 2000;20:303–5.
- Kuijpers HC, Bleijenberg G. The spastic pelvic floor syndrome. A cause of constipation. *Dis Colon Rectum* 1985;28:669–72.
- Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain* 2008;24:155–71.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
- Mariani L. Vulvar vestibulitis syndrome: an overview of non-surgical treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101: 109–12.
- McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H, Redko V. Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med* 2001;46: 337–42.
- Meana M, Binik YM, Khalifé S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997;90:583–9.
- Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24:374–80.
- Morris L, Newton RA. Use of high voltage pulsed galvanic stimulation for patients with levator ani syndrome. *Phys Ther* 1987;67:1522–5.
- Mostwin J, Bourcier A, Haab F, Koelbl H, Rao S, Resnick N, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic prolapse. In: Abrams P, Cardozo LD, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. Monaco: Health Publication Limited; 2005. p. 423–84.
- Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med* 2004;49:772–7.
- Murina F, Bernorio R, Palmiotto R. The use of amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape J Med* 2008a;10:23.
- Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008b;115: 1165–70.
- Nappi RE, Ferdeghini F, Abbiati I, Vercesi C, Farina C, Polatti F. Electrical stimulation (ES) in the management of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2003;29(Suppl. 1):103–10.

- Nyirjesy P, Sobel JD, Weitz MV, Leaman DJ, Small MJ, Gelone SP. Cromolyn cream for recalcitrant idiopathic vulvar vestibulitis: results of a placebo controlled study. *Sex Transm Infect* 2001;77:53–7.
- Payne KA, Binik YM, Pukall CF, Thaler L, Amsel R, Khalifé S. Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Arch Sex Behav* 2007;36:289–300.
- Pukall CF, Binik YM, Khalifé S, Amsel R, Abbott FV. Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 2002;96:163–75.
- Pyka RE, Wilkinson EJ, Friedrich Jr EG, Croker BP. The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1988;7:249–57.
- 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;33:5–17.
- Reissing ED, Brown C, Lord MJ, Binik YM, Khalifé S. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26:107–13.
- Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2005;31:329–40.
- Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med* 2008;5:513–23, 24–5 quiz.
- Shafik A. The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:361–76.
- Simons DG, Mense S. Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain. *Pain* 1998;75:1–17.
- Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell and Simons myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Sinaki M, Merritt JL, Stillwell GK. Tension myalgia of the pelvic floor. *Mayo Clin Proc* 1977;52:717–22.
- Skene AJC. Treatise on the disease of women. New York: Appleton and Company; 1889.
- Spector IP, Leiblum SR, Carey MP, Rosen RC. Diabetes and female sexual function: a critical review. *Ann Behav Med* 1993;15:257–64.
- Svensson P, Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. Mechanical hyperesthesia of human facial skin induced by tonic painful stimulation of jaw muscles. *Pain* 1998;74:93–100.
- Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005;2:301–16.
- Weijmar Schultz WC, Gianotten WL, van der Meijden WI, van de Wiel HB, Blindeman L, Chadha S, et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:143–8.
- Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001;166:2226–31.
- Wesselmann U. Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain. *World J Urol* 2001;19:180–5.
- Westrom LV, Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 1998;91:572–6.
- White G, Jantos M, Glazer H. Establishing the diagnosis of vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 1997;42:157–60.
- Witkin SS, Gerber S, Ledger WJ. Differential characterization of women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2002a;187:589–94.
- Witkin SS, Gerber S, Ledger WJ. Influence of interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism on disease. *Clin Infect Dis* 2002b;34:204–9.
- Wurn LJ, Wurn BF, King CR, Roscow AS, Scharf ES, Shuster JJ. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *MedGenMed* 2004;6:47.
- Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W, Steege J. A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61:395–401, 23 quiz.