



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Algorithme de prise en charge  
de la vestibulodynie provoquée**

## **Composition du groupe de travail**

L'élaboration du cheminement clinique pour la prise en charge de la vestibulodynie provoquée a été possible grâce à la précieuse collaboration des personnes suivantes :

### **Auteures principales :**

**D<sup>re</sup> Isabelle Girard**, gynécologue-obstétricienne, professeur adjointe, département d'obstétrique-gynécologie, CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Mélanie Morin**, Ph.D. physiothérapeute, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, chercheuse au centre de recherche du CHUS

### **Le groupe de travail tient à remercier les personnes suivantes qui ont agi à titre de réviseurs :**

**D<sup>re</sup> Sophie Bergeron**, psychologue, Ph.D. professeure titulaire et chercheuse, département de psychologie, Université de Montréal

**M. Nicolas Beaudet**, Ph.D. professeur associé, département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, coordonnateur scientifique au réseau québécois de recherche sur la douleur, responsable du comité de recherche du CEGDC, délégué au directeur, Axe inflammation et douleur, Centre de recherche du CHUS, professeur associé, département anesthésiologie, Université de Sherbrooke

**D<sup>r</sup> Guy Waddell**, gynécologue-obstétricien, professeur titulaire, directeur du département d'obstétrique et gynécologie CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**D<sup>re</sup> Myriam Champagne**, médecin de famille, professeure adjointe, département de médecine famille et médecine d'urgence du CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Édition :

### **La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89919-8

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

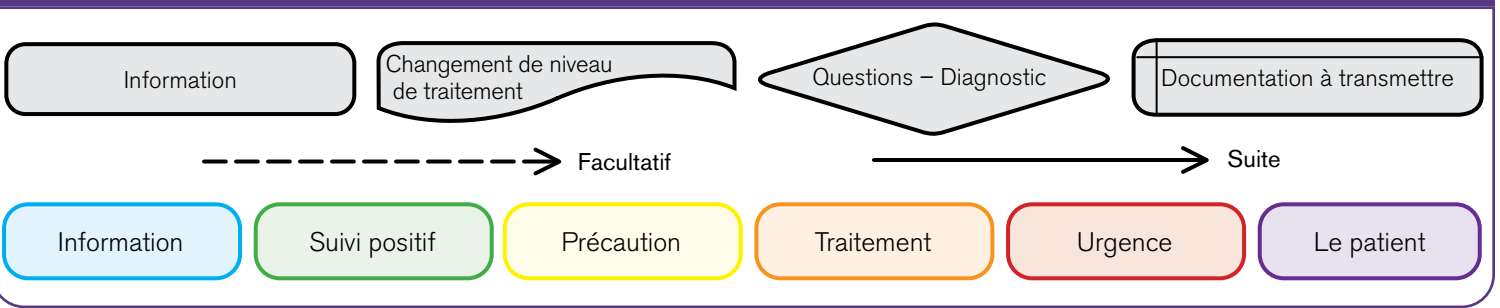
© Gouvernement du Québec, 2021

# VESTIBULODYNIE PROVOQUÉE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 1<sup>er</sup> niveau de traitement

#### Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

#### Critères diagnostiques :

- Douleur localisée à la vulve (vestibule)-
- Douleur à la pénétration et/ou à lors d'une pression : Insertion d'un tampon, examen gynécologique, vêtements serrés, vélo, etc.-
- Douleur présente depuis  $\geq$  3 mois

1

#### Histoire (c.f. 2.1)

#### Examen physique (c.f. 2.2)

- Érythème au vestibule peut être présent ou non
- Test du coton-tige positif (reproduit la douleur décrite par la patiente)

2

#### Exclusion

#### Histoire :

- pénétration vaginale impossible

#### Examen physique :-

- Douleur non provoquée (spontanée)
- Douleur non localisée au vestibule
- Signes suggestifs d'infection vulvo-vaginale (candida, vaginose bactérienne, trichomonas, herpès)
- Évidence d'atteintes dermatologiques (lichen scléreux, lichen plan, dermatite de contact (irritative/allergique), dermatoses bulleuses auto-immunes)
- Lésions suggestives d'atteintes préinvasives ou de cancer
- Présence d'atrophie vulvovaginale (syndrome urogénital de la ménopause, femme qui allaite)
- Impossibilité d'insérer le spéculum ou d'effectuer un toucher vaginal en raison de tensions musculaires
- Causes neurologiques (névralgie pudendale, névralgie liée à l'herpès)
- Trauma (mutilations génitales, cicatrices obstétricales)
- Autres (iatrogènes): postopératoire, radiothérapie

2

#### Bilan

- pH des sécrétions vaginales
- Examen microscopique des sécrétions vaginales (état frais et test au KOH)
- Culture des sécrétions vaginales (si état frais normal ou non disponible) \*à répéter si prise d'antifongique dans les 2-4 semaines précédant l'examen
- \* VPH non nécessaire
- \* Biopsie en l'absence de lésion non-indiquée

#### Vulvodynie localisée provoquée

(vestibulodynie provoquée, vestibulite vulvaire)

#### Traitement pharmacologique

(traitements topiques) (c.f.3.1.2)

- Lidocaïne 5% onguent application sur des gazes (compresses) : 1 bille sur la gaze et une bille sur le vestibule. Contact pendant 8 heures (nuit) pour 8 semaines
- Lidocaïne gel 2% application sur la zone douloureuse 15-20 min avant le coït (enlever le produit avant la pénétration)

#### Interventions non pharmacologiques (c.f.3.1.1)

- Conseils hygiène vulvaire/éducation
- Psychothérapie ou sexothérapie
- Physiothérapie en rééducation périnéale et pelvienne

3

Suivi suggéré 3 mois

- Amélioration de la douleur ?
- Impact sur la fonction sexuelle ?
- Satisfaction par rapport au traitement ?

OUI

Offrir un suivi

NON

4

Autres options thérapeutiques possibles

Réévaluation du traitement pharmacologique et non- pharmacologique

Plafonnement des options thérapeutiques

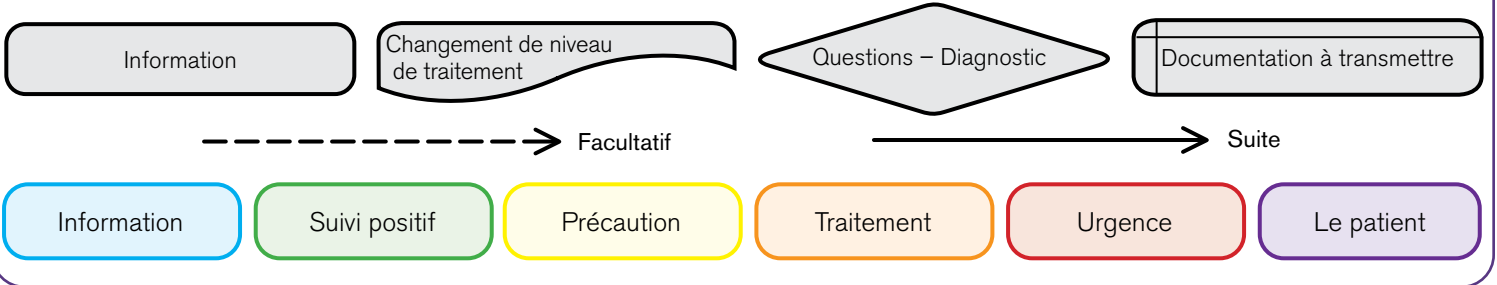
Vers le 2<sup>e</sup> niveau de traitement

# VESTIBULODYNIE PROVOQUÉE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 2<sup>e</sup> niveau de traitement

#### Légende



**CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE**

#### Critères diagnostiques :

- Douleur localisée à la vulve (vestibule)-
- Douleur à la pénétration et/ou à lors d'une pression : Insertion d'un tampon, examen gynécologique, vêtements serrés, vélo, etc.-
- Douleur présente depuis  $\geq$  3 mois

1

#### Histoire (c.f. 2.1)

#### Examen physique (c.f. 2.2)-

- Érythème au vestibule peut être présent ou non-
- Test du coton-tige positif (reproduit la douleur décrite par la patiente)

2

#### Exclusion

#### Histoire :

- pénétration vaginale impossible

#### Examen physique :-

- Douleur non provoquée (spontanée)
- Douleur non localisée au vestibule
- Signes suggestifs d'infection vulvo-vaginale (candida, vaginose bactérienne, trichomonas, herpès)
- Évidence d'atteintes dermatologiques (lichen scléreux, lichen plan, dermatite de contact (irritative/allergique), dermatoses bulleuses auto-immunes)
- Lésions suggestives d'atteintes préinvasives ou de cancer
- Présence d'atrophie vulvovaginale (syndrome urogénital de la ménopause, femme qui allaite)
- Impossibilité d'insérer le spéculum ou d'effectuer un toucher vaginal en raison de tensions musculaires
- Causes neurologiques (névralgie pudendale, névralgie liée à l'herpès)
- Trauma (mutilations génitales, cicatrices obstétricales)
- Autres (iatrogènes): postopératoire, radiothérapie

2

#### Bilan

- pH des sécrétions vaginales
- Examen microscopique des sécrétions vaginales (état frais et test au KOH)
- Culture des sécrétions vaginales (si état frais normal ou non disponible) \*à répéter si prise d'antifongique dans les 2-4 semaines précédant l'examen
- \* VPH non nécessaire
- \* Biopsie en l'absence de lésion non-indiquée

#### Vulvodynie localisée provoquée

(vestibulodynie provoquée, vestibulite vulvaire)

Poursuivre ce qui a été entrepris au premier niveau, plus spécifiquement entreprendre un traitement de physiothérapie (si non tenté).

#### Traitement pharmacologique topiques (c.f.3.2.1)

- Estrogènes topiques (vulvaire) pour 12 sem-crème/onguent de gabapentin 6%
- crème/onguent amitriptyline 2%
- crème/onguent amitriptyline 2% et baclofen 2%
- crème/onguent nitroglycérine topique 0.2%

#### Traitement pharmacologique systémique (c.f.3.2.2)

- Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline, désipramine)
- Anticonvulsivants neuromodulateurs(gabapentin, pregabalin)
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la norépinéphrine (ISRN) (venlafaxine, duloxétine)

Considérer l'arrêt des contraceptifs oraux combinés si l'apparition de la douleur coïncide avec leur utilisation. (c.f 3.2.2)

3

Autres options thérapeutiques possibles

Suivi suggéré 3 mois

Réévaluation du traitement pharmacologique

Plafonnement de la réponse clinique

Demande de consultation en soins Spécialisés ou en clinique de douleur

Vers le 3<sup>e</sup> niveau de traitement

NON

- Amélioration de la douleur ?
- Impact sur la fonction sexuelle ?
- Satisfaction par rapport au traitement ?

OUI

Offrir un suivi

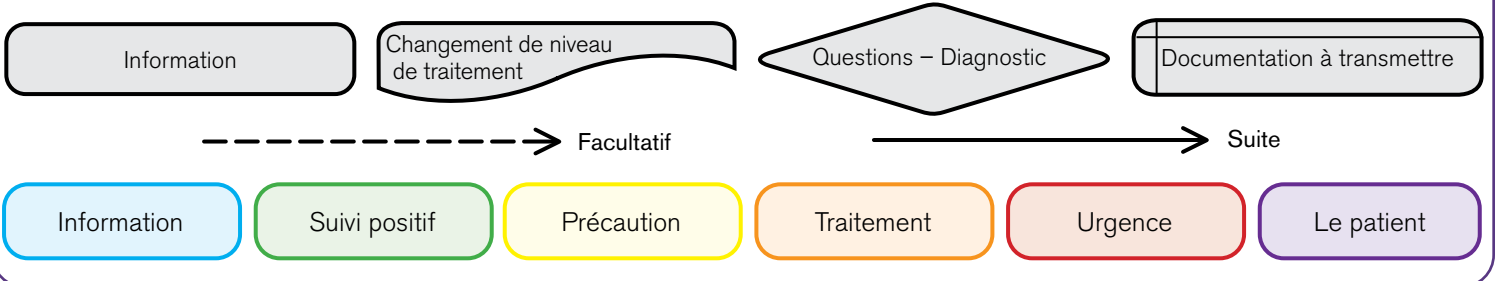
4

# VESTIBULODYNIE PROVOQUÉE

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 3<sup>e</sup> niveau de traitement

#### Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

#### Critères diagnostiques :

- Douleur localisée à la vulve (vestibule)-
- Douleur à la pénétration et/ou à lors d'une pression : Insertion d'un tampon, examen gynécologique, vêtements serrés, vélo, etc.-
- Douleur présente depuis  $\geq$  3 mois

1



#### Histoire (c.f. 2.1)

#### Examen physique (c.f. 2.2)-

- Érythème au vestibule peut être présent ou non-
- Test du coton-tige positif (reproduit la douleur décrite par la patiente)

2



#### Bilan

- pH des sécrétions vaginales
- Examen microscopique des sécrétions vaginales (état frais et test au KOH)
- Culture des sécrétions vaginales (si état frais normal ou non disponible) \*à répéter si prise d'antifongique dans les 2-4 semaines précédant l'examen
- \* VPH non nécessaire
- \* Biopsie en l'absence de lésion non-indiquée



#### Vulvodynie localisée provoquée

(vestibulodynie provoquée, vestibulite vulvaire)



#### Exclusion

#### Histoire :

- pénétration vaginale impossible

#### Examen physique :-

- Douleur non provoquée (spontanée)
- Douleur non localisée au vestibule
- Signes suggestifs d'infection vulvo-vaginale (candida, vaginose bactérienne, trichomonas, herpès)
- Évidence d'atteintes dermatologiques (lichen scléreux, lichen plan, dermatite de contact (irritative/allergique), dermatoses bulleuses auto-immunes)
- Lésions suggestives d'atteintes préinvasives ou de cancer
- Présence d'atrophie vulvovaginale (syndrome urogénital de la ménopause, femme qui allaite)
- Impossibilité d'insérer le spéculum ou d'effectuer un toucher vaginal en raison de tensions musculaires
- Causes neurologiques (névralgie pudendale, névralgie liée à l'herpès)
- Trauma (mutilations génitales, cicatrices obstétricales)
- Autres (iatrogènes): postopératoire, radiothérapie

2



Poursuivre ce qui a été entrepris au 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux et ré-évaluer les options thérapeutiques

#### Interventions invasives(c.f.3.3.1)

- Vestibulectomie
- Injection de toxine botulinique au niveau des muscles du plancher pelvien
- Injection d'interféron alpha
- Injections de stéroïdes et anesthésiques locaux
- Bloc nerveux

#### Traitement non-pharmacologique (c.f.3.3.2)

- Clinique de la douleur
- Approche interdisciplinaire

3



Autres options thérapeutiques possibles



Réévaluation des traitements



Plafonnement de la réponse clinique



Suivi suggéré 3 mois



NON

- Amélioration de la douleur ?
- Impact sur la fonction sexuelle ?
- Satisfaction par rapport au traitement ?

4

OUI

#### Critères de retour vers le médecin référant ou de congé de la clinique de la douleur

- Niveau de soulagement acceptable
- Plafonnement des options thérapeutiques



#### Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé de la clinique de la douleur par l'équipe interdisciplinaire

- Diagnostic.
- Résumé de l'évolution.
- Résumé de traitement(s) tenté(s) et en cours.
- Liste des médicaments en cours.
- Suggestion de traitement à venir, s'il y a lieu.



Offrir un suivi

## Composition du groupe de travail

L'élaboration du cheminement clinique pour la prise en charge de la vestibulodynie provoquée a été possible grâce à la précieuse collaboration des personnes suivantes :

- D<sup>re</sup> Isabelle Girard, gynécologue-obstétricienne, professeur adjointe, département d'obstétrique-gynécologie, CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke;
- M<sup>me</sup> Mélanie Morin, Ph. D. physiothérapeute, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, chercheuse au centre de recherche du CHUS.

Le groupe de travail tient à remercier les personnes suivantes qui ont agi à titre de réviseurs :

- D<sup>re</sup> Sophie Bergeron, psychologue, Ph. D. professeure titulaire et chercheuse, département de psychologie, Université de Montréal;
  - M. Nicolas Beaudet, Ph. D. professeur associé, département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, coordonnateur scientifique au réseau québécois de recherche sur la douleur, responsable du comité de recherche du CEGDC, délégué au directeur, Axe inflammation et douleur, Centre de recherche du CHUS, professeur associé, département anesthésiologie, Université de Sherbrooke;
  - D<sup>r</sup> Guy Waddell, gynécologue-obstétricien, professeur titulaire, directeur du département d'obstétrique et gynécologie CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke;
  - D<sup>re</sup> Myriam Champagne, médecin de famille, professeure adjointe, département de médecine famille et médecine d'urgence du CHUS, Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke.
-

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Préambule .....   | 1  |
| 1. Diagnostic .....   | 3  |
| 2. Évaluation.....  | 3  |
| 2.1 Histoire.....   | 3  |
| 2.2 Examen physique .....   | 4  |
| 3. Interventions.....   | 6  |
| 3.1 Interventions de première ligne.....  | 6  |
| 3.2 Interventions de deuxième ligne.....  | 8  |
| 3.3 Interventions de troisième ligne .....  | 9  |
| 4. Suivi à 3 mois.....  | 9  |
| Annexe 1 – Conseils d’hygiène.....  | 11 |
| Annexe 2 – Instructions aux patientes pour l’application de lidocaïne topique ..... | 15 |
| Annexe 3 – Tableau posologie .....  | 18 |
| Annexe 4 – Questionnaires validés .....   | 19 |
| Annexe 5 – Tableaux de références .....   | 25 |
| Bibliographie .....   | 27 |

---

## Préambule

Selon la plus récente terminologie proposée par l'International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, la douleur vulvaire se divise en deux catégories principales, soit 1) la douleur vulvaire secondaire à des causes spécifiques; et 2) la vulvodynie, une douleur sans cause identifiable présente depuis au moins trois mois (voir le tableau 1)<sup>1</sup>.

Tableau 1. Terminologie et classification de la vulvodynie  
Traduction libre – voir version originale en annexe 5

---

### 2015 Consensus sur la terminologie et la classification de la douleur vulvaire chronique et de la vulvodynie

---

#### A. Douleur vulvaire secondaire à des causes spécifiques\*

- Infectieuse (p. ex., candidose, herpès)
- Inflammatoire (p. ex., lichen scléreux, lichen plan, dermatoses bulleuses)
- Néoplasique (p. ex., maladie de Paget, carcinome épidermoïde)
- Neurologique (p. ex., névralgie post-herpétique, lésions nerveuses, névrome)
- Traumatique (p. ex., mutilation génitale féminine, lésions obstétricales)
- Iatrogénique (p. ex., postopératoire, chimiothérapie, radiothérapie)
- Déficience hormonale (p. ex., syndrome génito-urinaire de la ménopause [atrophie vulvo-vaginale], aménorrhée de lactation)

B. Vulvodynie – Douleur vulvaire d'une durée d'au moins 3 mois, sans cause évidente sous-jacente, pouvant être associée à des facteurs potentiels

La douleur peut être décrite comme suit :

- Localisée (p. ex., vestibulodynie, clitorodynie) ou généralisée ou mixte (localisée et généralisée)
- Provoquée (p. ex., à l'insertion, au contact) ou spontanée ou mixte (provoquée et spontanée)
- Début (primaire ou secondaire)
- Patron temporel (intermittent, persistant, constant, immédiat, retardé)

---

Tiré de Bornstein et autres<sup>1</sup> (avec permission).

La vulvodynie peut être localisée (p. ex., clitorodynie, vestibulodynie), généralisée ou mixte (localisée et généralisée). La douleur peut être provoquée, c'est-à-dire survenir lors d'un contact ou d'une insertion, ou alors être spontanée (se manifester sans stimulus), ou encore mixte (provoquée et spontanée)<sup>1</sup>.

Le présent algorithme de prise en charge s'applique aux femmes atteintes de vulvodynie localisée provoquée (vestibulodynie provoquée).

## 1. Diagnostic

Le diagnostic de vestibulodynie provoquée peut être posé chez la femme présentant une dyspareunie superficielle (douleur à l'entrée du vagin lors de la pénétration vaginale) ou une douleur vulvaire lorsqu'une pression est exercée sur le vestibule<sup>1</sup>.

La douleur doit être présente depuis au moins trois mois. Le diagnostic peut être posé en l'absence d'affections pouvant expliquer les symptômes (se reporter à l'algorithme – examen physique – exclusion)<sup>1</sup>.

L'algorithme de prise en charge proposé ne vise pas les femmes présentant du vaginisme, c'est-à-dire des tensions des muscles du plancher pelvien importantes qui empêchent toute pénétration vaginale (spéculum, doigt, tampon). Les patientes atteintes manifestent fréquemment des craintes, des peurs ou des anticipations conduisant vers l'évitement. Nous pensons que la prise en charge de ces patientes peut être différente.

## 2. Évaluation

Dans la majorité des cas, le diagnostic repose sur l'anamnèse et l'examen physique.

### 2.1 Histoire

**Les éléments suivants doivent être relevés lors de l'anamnèse<sup>2</sup>.**

- Caractéristiques de la douleur :
  - Début (primaire ou secondaire)
  - Patron temporel (intermittent, persistant [durée], constant, immédiat, retardé)
  - Localisation
  - Durée
  - Qualité
  - Facteurs soulageants et aggravants
  - Intensité
  - Symptômes de vaginisme (c'est-à-dire impossibilité d'insérer un tampon ou un doigt)
- Leucorrhée anormale, prurit vulvo-vaginal
- Histoire menstruelle (âge reproducteur, ménopause, allaitement)
- Lésions ou changements cutanés au niveau de la vulve
- Histoire musculosquelettique
  - Intervention chirurgicale, blessures ou chutes impliquant la région lombaire, le bassin, la hanche, le sacrum et/ou le coccyx.
- Revue du système urinaire
- Revue du système digestif (habitudes intestinales)
- Atteintes dermatologiques non génitales
- Hygiène personnelle et exposition aux irritants ou aux allergènes

- Sexualité
  - Désir, excitation, orgasme
  - Lubrification adéquate, préliminaires, stimulation adéquate
  - Sécheresse vaginale
  - Satisfaction par rapport à la vie sexuelle
  - Répertoire d'activités sexuelles
- Relation avec le partenaire ou conséquences du problème sur la vie de couple et la vie personnelle de la patiente
  - Facteurs psychosexuels (catastrophisme, hypervigilance, peur de la douleur, anxiété, dépression)
- Affections médicales (y compris santé mentale) et leurs traitements
- Traitements antérieurs tentés et résultats obtenus
- Histoire de sévices (physiques, psychologiques ou sexuels) ou d'expérience sexuelle négative
- Autres facteurs (travail ou activités sportives impliquant une pression prolongée ou une friction sur la région vulvaire, p. ex., cyclisme, équitation)

## 2.2 Examen physique

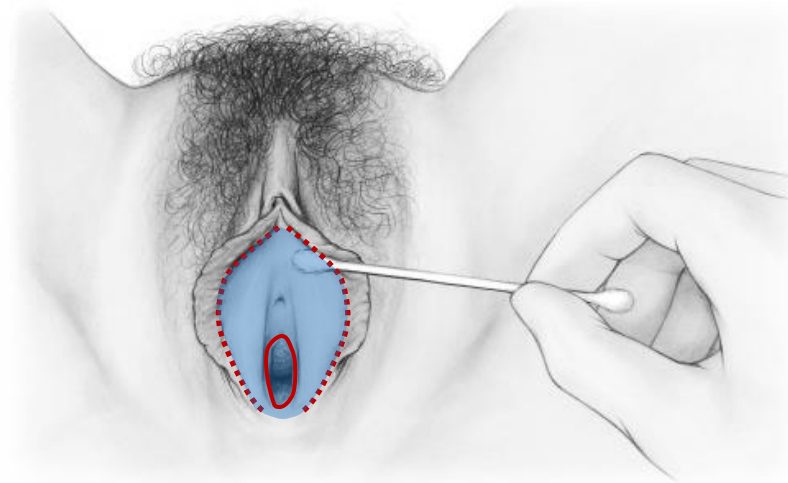
### 1) Inspection des organes génitaux externes

L'inspection des organes génitaux externes, y compris la région périnéale, est réalisée pour rechercher des signes d'atteintes dermatologiques de la vulve tels que : inflammation, érythème, fissure, induration, lichénification, hypopigmentation, pâleur, changements cicatriciels et perturbations de l'architecture vulvaire. La présence d'atrophie, de lésions vulvaires néoplasiques, les signes d'infection ou de trauma sont d'autres éléments recherchés à l'inspection.

### 2) Examen sensitif de la vulve (test au coton-tige) à la recherche d'allodynie

Un coton-tige mouillé est utilisé pour palper, de façon systématique, l'ensemble du périnée (région anogénitale). Lorsque la patiente éprouve de la douleur, il est important de vérifier si la douleur est semblable à celle ou différente de celle qu'elle ressent lors des relations sexuelles. L'examen débute par la palpation du mont de Vénus, de la face interne des cuisses et des fesses. Ces zones ne sont habituellement pas douloureuses et permettent à la patiente d'être plus confortable avec l'examen. Ensuite, les grandes lèvres, le capuchon clitoridien, le corps périnéal et les sillons interlabiaux sont palpés à l'aide du coton-tige. La présence de douleur lors de la palpation de ces régions est compatible avec un processus (étiologie) qui touche l'ensemble de la région génitale, comme une infection vulvo-vaginale ou une dermatose vulvaire. Par la suite, les petites lèvres sont palpées à l'aide du coton-tige, d'abord latéralement à la ligne de Hart, puis médialement à la ligne de Hart. Finalement, le vestibule est évalué en plusieurs points en incluant toute la circonférence (similairement à une horloge) (voir la figure 1)<sup>3</sup>. Par exemple, vous pourriez palper aléatoirement à 4 heures, à 8 heures, à 6 heures, à 10 heures, à 2 heures puis à 12 heures. Les patientes atteintes de vulvodynie localisée provoquée auront typiquement de la douleur à la palpation au niveau du vestibule, mais n'en auront pas latéralement à la ligne de Hart.

Figure 1. Test au coton-tige



Adapté de Stewart et autres<sup>4</sup> (avec permission).

Ligne de Hart : jonction entre l'épithélium kératinisé et non kératinisé (ligne pointillée).

Hymen (ligne pleine).

Le vestibule est situé entre les deux lignes.

### 3) Examen au spéculum

L'utilisation d'un spéculum étroit ou pédiatrique est recommandée. Lors de l'insertion du spéculum, il faut éviter d'appuyer sur le vestibule postérieur. L'évaluation vaginale permet de relever les éléments suivants : leucorrhée anormale, atrophie (pâleur, perte des rugosités, parfois aspect érythémateux), érosions, ulcérations ou présence de synéchies. Les prélèvements sur les sécrétions vaginales sont effectués à ce moment (voir la section « bilan » de l'algorithme).

### 4) Toucher vaginal

Le toucher vaginal est effectué à l'aide d'un doigt d'abord plutôt qu'avec deux doigts. L'évaluation des muscles du plancher pelvien comprend les éléments suivants : tonus de base, contraction volontaire, relâchement complet ou incomplet, présence de zones douloureuses<sup>5</sup>. Il est à noter qu'il est possible que les muscles du plancher pelvien soient douloureux à la palpation chez les femmes atteintes de vestibulodynie. Cette myalgie peut également contribuer aux symptômes de dyspareunie<sup>6</sup>. Par la suite, l'utérus et les annexes sont palpés afin d'évaluer la présence de dyspareunie profonde et/ou d'éliminer une pathologie pelvienne.

Note : Lorsqu'une condition d'exclusion est présente, elle doit habituellement être traitée *a priori*. Par exemple, une femme présentant une atrophie urogénitale pourrait recevoir une estrogénothérapie locale puis être réévaluée et prise en charge suivant le présent algorithme.

### 3. Interventions

L'état des connaissances actuelles suggère qu'il existe plusieurs facteurs associés à la vulvodynie. Ceux-ci peuvent influencer l'investigation et le traitement (voir le tableau 2).

Tableau 2. Facteurs potentiels associés à la vulvodynie  
Traduction libre – voir version originale en annexe 5

---

#### 2015 Consensus sur la terminologie et la classification de la douleur vulvaire chronique et de la vulvodynie

---

##### Appendices : Facteurs potentiels associés à la vulvodynie\*

- Comorbidités et autres syndromes douloureux (p. ex., syndrome de vessie douloureuse, fibromyalgie, côlon irritable, dysfonction de l'articulation temporomandibulaire; niveau d'évidence 2)
- Génétiques (niveau d'évidence 2)
- Facteurs hormonaux (p. ex., induit par des médicaments; niveau d'évidence 2)
- Inflammation (niveau d'évidence 2)
- Musculosquelettique (p. ex., hyperactivité des muscles du plancher pelvien, myofascial, biomécanique; niveau d'évidence 2)
- Mécanismes neurologiques
  - Central (moelle épinière, cerveau; niveau d'évidence 2)
  - Périphérique : neuroprolifératif (niveau d'évidence 2)
- Facteurs psychosociaux (p. ex., humeur, relations interpersonnelles, capacité d'adaptation, fonction sexuelle; niveau d'évidence 2)
- Défauts structuraux (p. ex., descente périnéale; niveau d'évidence 3)

---

Tiré de Bornstein et autres<sup>1</sup> (avec permission).

### 3.1 Interventions de première ligne

#### 3.1.1 Traitements non pharmacologiques

##### Conseils d'hygiène vulvaire

Les différents conseils liés à l'hygiène vulvaire consistent principalement en l'élimination des irritants. Bien que l'efficacité de ces conseils seuls soit limitée, il est suggéré d'inclure cet enseignement aux patientes comme adjuvant au traitement (niveau d'évidence 2)<sup>7</sup>. Les éléments suivants peuvent être abordés (voir l'annexe 1) :

- Porter des sous-vêtements en coton blanc;
- Éliminer les irritants : lingettes, produits parfumés;
- Utiliser une petite quantité de détergeant à lessive et rincer à deux reprises; éviter l'utilisation d'assouplissant;
- Utiliser un savon personnel non irritant (p. ex. : Dove non parfumé, Spectro Jel);

- Éviter les protège-dessous au quotidien (garder plutôt la région au sec en changeant de sous-vêtement);
- Favoriser une bonne lubrification lors des relations sexuelles (utiliser un lubrifiant au besoin\*);
- Éviter les douches vaginales;
- Créer une barrière (oxyde de zinc non parfumé);
- Appliquer de la glace dans une serviette humide durant 10 minutes lors de douleur;
- Rincer la vulve après la miction au besoin;
- Laver et assécher la vulve en tapotant délicatement (éviter de frotter vigoureusement).

\* Certains lubrifiants en vente libre contiennent des substances qui peuvent irriter la muqueuse vulvo-vaginale, notamment la glycérine, le propylène glycol et les parabènes. L'Organisation mondiale de la Santé conseille également d'utiliser un lubrifiant avec une osmolarité inférieure à 1 200 mOsm/kg (idéalement moins de 380) et un pH qui s'apparente au pH vaginal normal (autour de 4,5)<sup>8,9</sup>.

## Éducation

Ressources Internet utiles pour les patientes :

– National Vulvodynia Association (anglais) : [www.nva.org](http://www.nva.org).

## Psychothérapie ou sexothérapie

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale pour réduire la douleur (niveau d'évidence 1b)<sup>10</sup>. Les autres approches demeurent peu étudiées. Une liste de professionnels est fournie à l'annexe 2.

## Physiothérapie en rééducation périnéale et pelvienne

L'efficacité des traitements de physiothérapie a été démontrée auprès des femmes atteintes de vestibulodynie provoquée (niveau d'évidence 1b)<sup>11</sup>. Plusieurs modalités thérapeutiques sont utilisées, dont la rétroaction biologique, les modalités électrothérapeutiques, la thérapie manuelle incluant les étirements et les techniques myofasciales ainsi que l'utilisation de dilateurs.

Les patientes peuvent se reporter au site suivant pour trouver une physiothérapeute détenant cette expertise dans leur région (sélectionner l'approche Rééducation périnéale et pelvienne) : <https://oppq.gc.ca/trouver-un-professionnel/>.

### 3.1.2 Traitements pharmacologiques

#### Traitements topiques

– Onguent de lidocaïne 5 % en application sur des gazes (compresses) : une bille sur la gaze et une bille sur le vestibule. Contact pendant 8 heures (nuit) pour 8 semaines (voir l'annexe 3) (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>.

– Gel de xylocaïne 2 % en application sur la zone douloureuse 15 à 20 minutes avant le coït (enlever le produit avant la pénétration) (voir l'annexe 3) (niveau d'évidence 5)<sup>12</sup>.

## 3.2 Interventions de deuxième ligne

### 3.2.1 Traitements pharmacologiques topiques

Selon les avis d'experts, plusieurs autres agents topiques peuvent être tentés (niveau d'évidence 5)<sup>13</sup>. À l'exception de l'estrogène locale habituellement utilisée une fois par jour, les préparations topiques sont généralement appliquées deux à trois fois par jour pendant plusieurs mois.

#### Traitements topiques

- Estrogènes topiques (vulvaire) pour 12 semaines (p. ex., crème d'estrone ou d'estrogènes équinés conjugués) (niveaux d'évidence 2 ou 3 pour la crème d'estradiol, non disponible au Québec)<sup>2</sup>
- Préparations magistrales (niveau d'évidence 5)<sup>2,13</sup> :
  - crème de gabapentin 6 %
  - crème amitryptiline 2 %
  - crème amitryptiline 2 % et baclofen 2 %
  - nitroglycérine topique 0,2 %
- Suppositoire diazepam intravaginal 5 à 10 mg (niveau d'évidence 4)<sup>12</sup>

Il faut garder en tête que certaines préparations peuvent avoir un effet irritant au niveau vulvaire. À cet effet, les onguents sont à privilégier par rapport aux crèmes. Le pharmacien-préparateur pourra utiliser une base neutre ou hypoallergène pour les préparations magistrales.

Les corticostéroïdes topiques ne sont pas recommandés pour la prise en charge de la vulvodynie localisée provoquée (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>.

### 3.2.2 Traitements pharmacologiques systémiques

#### Traitements systémiques (voir l'annexe 4 pour la posologie)

- Antidépresseurs tricycliques (amitryptiline, nortryptiline, désipramine) (niveau d'évidence 2)<sup>13,14</sup>

L'efficacité des antidépresseurs tricycliques trouvée dans les études prospectives n'a pas été corroborée par les essais cliniques randomisés. Leur utilisation demeure répandue.

- Anticonvulsivants neuromodulateurs (gabapentin, pregabalin)

Les données probantes appuyant l'efficacité des anticonvulsivants demeurent limitées (niveau d'évidence 4)<sup>15</sup>.

– Inhibiteur sélectif de la recapture de la norépinéphrine (ISRN) (venlafaxine, duloxétine) (niveau d'évidence 5)<sup>12,13</sup>.

Bien que répandue en douleur neuropathique, l'efficacité des ISRN demeure méconnue chez les femmes atteintes de vestibulodynie.

– L'arrêt de la contraception hormonale combinée peut être envisagé si une relation temporelle avec l'apparition des symptômes est observée. Certains experts sont d'avis que la contraception hormonale (y compris la contraception à progestatif seul) est à éviter auprès de ce sous-groupe de femmes (niveau d'évidence 5)<sup>2</sup>.

### 3.3 Interventions de troisième ligne

#### 3.3.1 Traitement chirurgical et injections

– Vestibulectomie (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>

La vestibulectomie est reconnue comme une option efficace. Cependant, plusieurs limites méthodologiques sont observées dans les études s'intéressant à ce traitement, y compris : le manque de standardisation de la procédure et les définitions variables de succès. Les risques chirurgicaux et la convalescence sont également des facteurs à prendre en considération. L'efficacité à long terme de la vestibulectomie a été étudiée dans une cohorte deux ans et demi après l'intervention. La supériorité de cette intervention par rapport à l'approche cognitivo-comportementale n'a pu être démontrée dans cette étude<sup>16</sup>. L'efficacité des traitements conservateurs discutés dans le présent algorithme n'a fait l'objet d'aucune étude à long terme. La vestibulectomie est habituellement réservée aux patientes ne répondant pas au traitement conservateur.

– Injection de toxine botulinique A (muscles périnéaux, releveurs de l'anus) (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>

– Interféron alpha sous-muqueux (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>

– Injections d'une combinaison de stéroïdes et d'anesthésiques locaux sous-muqueux (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>

– Bloc nerveux (p. ex., blocs caudal et pudendal) (niveau d'évidence 2)<sup>2</sup>

#### 3.3.2 Traitements non pharmacologiques

Clinique de la douleur et approche interdisciplinaire (niveau d'évidence 3)<sup>2</sup>.

## 4. Suivi à 3 mois

L'évaluation de la réponse au traitement peut être analysée à l'aide du questionnaire *Patient Global Impression of Change* (voir l'annexe 5) et de l'échelle verbale numérique (0 à 10). Il est suggéré qu'un changement de 2 sur 10 représente une différence clinique minimale significative<sup>17</sup>. La satisfaction quant aux traitements doit également être évaluée. L'effet des traitements sur la fonction sexuelle peut être documenté plus

exhaustivement grâce à des questionnaires validés (p. ex., *Female Sexual Function Index*)<sup>18</sup>.

## Annexe 1 – Conseils d'hygiène

### CONSEILS POUR LES FEMMES SOUFFRANT DE DOULEURS VULVO-VAGINALES

Voici quelques conseils pratiques qui vous aideront à maîtriser la douleur. Une fois que votre douleur sera calmée, nous vous recommandons de continuer à suivre ces conseils pour prévenir la récurrence des irritations. Cette liste peut sembler longue, mais elle regroupe un ensemble de conseils qu'il vous faudra essayer pour savoir lesquels fonctionnent bien pour vous.

#### Lessive

- > Utilisez du détergent approuvé par les dermatologues pour vos sous-vêtements ou tout autre type de matériel ou vêtement qui entre en contact avec la région vulvaire (p. ex., bas de pyjama, vêtement d'exercice, serviette de bain); Purex et Clear sont des exemples de type de détergent approprié.
- > Utilisez seulement le tiers ou la moitié de la quantité recommandée de détergent par brassée. Vos autres vêtements peuvent être lavés avec le détergent de votre choix.
- > Évitez d'utiliser de l'assouplisseur et/ou de l'eau de Javel pour vos sous-vêtements ou sur tout autre type de matériel ou vêtement qui entre en contact avec la région vulvaire.
- > Rincez deux fois vos sous-vêtements ou tout autre type de vêtement qui entre en contact avec la région vulvaire.
- > Si vous utilisez des détachants sur des articles qui entrent en contact avec la région vulvaire, trempez-les et rincez-les dans l'eau claire pour ensuite les laver à votre cycle habituel (en suivant les instructions précédentes), dans le but d'éliminer le plus de détachant possible.

#### Choix des vêtements

- > Portez des sous-vêtements blancs, 100 % coton, pour permettre à l'air d'entrer et à l'humidité de sortir.
- > Ne portez pas de sous-vêtements lorsque possible; par exemple durant la nuit.
- > Évitez de porter des collants pleine longueur; des collants qui montent jusqu'aux cuisses ou aux genoux sont recommandés.
- > Évitez de porter des sous-vêtements de type *tanga*, car ceux-ci peuvent irriter la région vulvaire.
- > Évitez les pantalons ou jeans serrés qui pourraient mettre de la pression sur la vulve.
- > Évitez le spandex, le lycra ou tout vêtement serré lorsque vous vous entraînez.
- > Enlevez rapidement tout vêtement mouillé, tel que maillot de bain ou vêtement d'exercice.

## Conseils hygiéniques

- > Utilisez du papier de toilette blanc, non recyclé, non parfumé et des serviettes hygiéniques 100 % coton.
- > Évitez d'utiliser des produits hygiéniques parfumés (serviettes hygiéniques) ou autres produits parfumés (mousse de bain, crèmes ou savons) qui entrent en contact avec la région vulvaire.
- > Évitez d'utiliser dans la région vulvaire des déodorants féminins en aérosol ainsi que des savons colorés.
- > Il est important d'éviter les douches vaginales.
- > Lorsque vous prenez un bain ou une douche, évitez d'appliquer du savon directement sur la région vulvaire.
- > Utilisez des savons doux comme Dove ou Spectroderm.
- > Évitez d'avoir du shampoing dans la région vulvaire.
- > Lavez la région vulvaire avec vos mains et de l'eau (froide ou tiède); ne pas frotter avec une débarbouillette.
- > Tapotez votre vulve pour la sécher, ne frottez pas; les serviettes de bain peuvent être trop rudes pour la région vulvaire.
- > Il est préférable de couper les poils pubiens plutôt que de les raser.
- > Il est important de conserver la région vulvaire sèche; si vous êtes régulièrement humide, gardez une seconde paire de sous-vêtements dans un petit sac pour vous permettre de les changer lorsqu'ils deviennent humides durant la journée.
- > Si vous souffrez d'infections vaginales, évitez d'utiliser les crèmes non prescrites qui pourraient irriter la peau sensible de la vulve. Demandez plutôt à votre médecin de vous prescrire des médicaments systémiques pris par la bouche (p. ex., le fluconazole est vendu sous le nom de Diflucan ou de Canesten oral).

## Activités physiques

- > Évitez les exercices qui mettent une pression directe sur la vulve comme les randonnées en bicyclette ou l'équitation.
- > Limitez les exercices intenses qui créent beaucoup de frictions dans la région vulvaire.
- > Utilisez un bloc réfrigérant (*ice pack*) enroulé dans une serviette pour soulager les douleurs au niveau de la région vulvaire.
- > Inscrivez-vous à des sessions de yoga pour apprendre des techniques de relaxation et de respiration.
- > Évitez de vous baigner dans les piscines ayant une concentration de chlore élevée.
- > Évitez les baignoires à remous publiques.

## LUBRIFIANTS

La lubrification est un élément important pour avoir une relation sexuelle avec pénétration vaginale agréable. Il est possible que la lubrification naturelle du vagin soit insuffisante pour diminuer les risques d'irritation attribuable au frottement. Ainsi, il est recommandé d'appliquer du lubrifiant (liquide ou en gel) pour éviter l'irritation qui causerait la douleur. L'utilisation de lubrifiants est une pratique courante pour augmenter le plaisir même chez les personnes n'ayant pas de douleur. Voici des conseils liés à l'utilisation de lubrifiants.

> Trois catégories de lubrifiants existent.

| Lubrifiants à base d'eau  | Lubrifiants à base de silicone   | Lubrifiants à base d'huile  |
|---|--|---|
| Plus populaires et accessibles  | Plus dispendieux   | Faible coût   |
| Caused rarement de l'irritation (s'ils ne contiennent pas de glycérine et de propylène glycol)*   | Caused rarement de l'irritation  | Caused rarement de l'irritation   |
| Peuvent être utilisés avec un condom, un dilatateur ou autres accessoires sexuels   | Peuvent être utilisés dans l'eau et sont compatibles avec les condoms<br>Ne pas utiliser avec les accessoires en silicone                            | Ne pas utiliser avec le latex (condom)  |
| Tendance à sécher rapidement  | Durent plus longtemps que ceux à base d'eau  | Pouvoir très lubrifiant et hydratant  |
| Ne tachent pas  | Plus difficiles à laver sur les vêtements  | Peuvent tacher les vêtements  |
| Exemples<br>K-Y, Astroglide et Muko gel<br><br><b>YES VM, Swiss Navy, Good Clean Love, Topo Organic, Sliquid H2O et Slippery Stuff</b> ne contiennent pas de glycérine ni de propylène glycol | Exemples<br>K-Y intrigue, Eros body glide, Wet platinum<br><br>Il existe l'option sans glycérine ni propylène glycol ( <b>Pjur Woman Bodyglide</b> ) | Exemples<br><b>YES oil based</b> , huile naturelle (émeu, amande, végétale, noix de coco)** |

\* La glycérine et le propylène glycol peuvent causer une inflammation et promouvoir le développement d'infections vaginales à Candida.

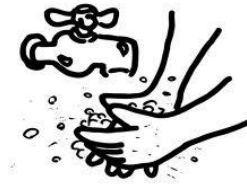
\*\* Attention aux allergies aux noix.

- > Nous vous suggérons trois lubrifiants (**YES VM, Pjur Woman Bodyglide, YES oil based**) et nous vous recommandons de les essayer afin de découvrir celui que vous préférez.
- > Évitez les lubrifiants qui contiennent de la glycérine et/ou du propylène glycol si vous êtes sensible à ces produits.
- > Évitez les lubrifiants parfumés ou qui ont des saveurs puisqu'ils peuvent irriter la muqueuse vaginale.
- > Appliquez le lubrifiant doucement sur le clitoris, les petites lèvres ainsi que l'entrée du vagin.
- > Il est conseillé d'appliquer le lubrifiant également sur le pénis de votre partenaire.
- > Si vous en sentez le besoin, vous pouvez appliquer du lubrifiant à d'autres moments pendant l'activité sexuelle.

## Annexe 2 – Instructions aux patientes pour l'application de lidocaïne topique

### ÉTAPES → AU COUCHER

1. Avant l'application de la crème, **lavez-vous les mains** de façon adéquate.



2. **Lavez également la région** où vous appliquerez la crème avec de l'eau et asséchez en tapotant la région avec une serviette (évitiez de frotter vigoureusement la région).



3. Appliquez une **petite quantité** de pommade (grosueur d'une **bille**) directement sur la région affectée (voir le schéma qui suit).



Adapté de Stewart et autres<sup>4</sup> (avec permission).

4. Appliquez une petite quantité de pommade sur une gaze (grosueur d'une bille).  
(L'utilisation de la gaze favorise l'application continue de la pommade durant 8 heures).

5. Déposez la gaze enduite de pommade tout près de vous.

6. Assoyez-vous et prenez un miroir, afin d'installer précisément la gaze au bon endroit.



7. Appliquez la gaze au même endroit que sur l'image (cercle violet).

8. Conservez la gaze toute la nuit (8 heures) et retirez-la au lever.

9. Lavez vos mains de nouveau afin d'éviter d'appliquer la pommade à un endroit non désiré.

#### **Effets secondaires possibles**

- Irritation cutanée : rougeur, démangeaison, enflure, sensation de brûlure.

En cas de menstruation, il est préférable de poursuivre l'application et de porter un tampon. Si l'usage d'un tampon vous incommode, vous pouvez cesser l'application de la crème durant cette période.

Vous pouvez avoir des relations sexuelles durant les traitements. Assurez-vous seulement d'enlever les résidus de crème avant la pénétration. Le contact de la crème avec le pénis de votre partenaire aurait pour effet de réduire sa sensibilité.

★ Appliquer tous les jours pendant 8 semaines au coucher. ★

## ÉTAPES → AVANT LES RELATIONS SEXUELLES

*Procédure à suivre 15 à 20 minutes avant la relation sexuelle.*

1. Avant l'application de la crème, **lavez-vous les mains** de façon adéquate.
2. **Lavez également avec de l'eau la région** où vous appliquerez la crème et asséchez en tapotant avec une serviette (évitez de frotter vigoureusement).
3. Appliquez une petite quantité de pommade (grosueur d'une bille) directement sur la région affectée, soit au niveau du vestibule à l'entrée du vagin.
4. Après 15 à 20 minutes, **nettoyez bien la zone**, car s'il reste de la crème votre partenaire et vous (par exemple si la crème s'étend jusqu'au clitoris) pourriez expérimenter une perte de sensation.

### Annexe 3 – Tableau posologie

|   |   |
|---|---|
| Amitriptyline,<br>nortriptyline           | 10 mg po HS, augmenter de 10 mg par semaine ad 75 mg po HS  |
| Gabapentin                                | 100 à 300 mg po HS, augmenter tous les 2 à 7 jours ad<br>1 200 mg po TID maximum, selon tolérance de la patiente  |
| Prégabaline                               | 50 mg po HS, augmenter de 25 à 50 mg par semaine selon<br>tolérance ad 150 mg po HS puis ajouter dose matinale<br>progressivement (dose maximale 300 mg po BID) |
| Venlafaxine XR                            | Débuter à 37,5 mg po die et augmenter q 4 à 7 jours ad 150 mg<br>po die   |
| Duloxétine<br>(médicament<br>d'exception) | 30 mg po die, augmenter ad 60 mg po die   |

Références :

Stewart, *Treatment of vulvodynia*, Up to Date 2016.

Groisman, *Vulvodynia: New concepts and Review of the literature*.

## Annexe 4 – Questionnaires validés

### Évaluation globale de la satisfaction des patients et perception d'amélioration

#### Perception globale de l'amélioration (*Patient Global Impression of Change*)

Cochez le chiffre correspondant le mieux à l'état actuel de votre douleur comparativement à ce qu'elle était avant de commencer le traitement prescrit.

- a) Très fortement amélioré.
- b) Fortement amélioré.
- c) Légèrement amélioré.
- d) Pas de changement.
- e) Légèrement détérioré.
- f) Fortement détérioré.
- g) Très fortement détérioré.

#### Pourcentage de soulagement

Veillez indiquer le pourcentage de soulagement de votre douleur que vous avez observé à la suite du traitement reçu \_\_\_\_\_?

0 % \_\_\_\_\_ 100 %

Aucun soulagement

Soulagement complet

## Index de la fonction sexuelle de la femme

### Female Sexual Function Index (FSFI)

Ces questions portent sur vos sentiments et réponses sexuelles **des 4 dernières semaines**. Répondez aux questions suivantes le plus honnêtement et le plus clairement possible. Vos réponses sont entièrement confidentielles. Les définitions ci-dessous s'appliquent aux questions auxquelles vous aurez à répondre :

**Activité sexuelle** : Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

**Rapport sexuel** : Pénétration vaginale (introduction du pénis dans le vagin).

**Stimulation sexuelle** : Comprend des situations telles que les préliminaires avec un partenaire, la masturbation, les fantasmes sexuels, etc.

**Excitation sexuelle** : L'excitation sexuelle est un état qui comporte des aspects physiques et mentaux. L'excitation peut inclure des sensations de chaleur ou de picotement dans les organes génitaux, de la lubrification (être «mouillée»), ou des contractions musculaires.

Ne cochez qu'une seule réponse par question.

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti du désir ou de l'intérêt sexuel? (1)

1. Presque toujours ou toujours.
2. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
3. Parfois (environ la moitié du temps).
4. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
5. Presque jamais ou jamais.

2. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré de désir ou intérêt sexuel? (2)

1. Très élevé.
2. Élevé.
3. Modéré.
4. Faible.
5. Très faible ou absent.

3. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle dans son ensemble? (16)

1. Très satisfaite.
2. Modérément satisfaite.
3. Également satisfaite et insatisfaite.
4. Modérément insatisfaite.
5. Très insatisfaite.

4. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti excitée pendant des activités ou rapports sexuels? (3)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

5. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels? (4)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très élevé.
3. Élevé.
4. Modéré.
5. Faible.
6. Très faible ou absent.

6. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous confiante de devenir excitée pendant des activités ou rapports sexuels? (5)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Confiance très élevée.
3. Confiance élevée.
4. Confiance modérée.
5. Confiance faible.
6. Confiance très faible ou absente.

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été satisfaite de votre excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels? (6)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence êtes-vous devenue lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels? (7)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

9. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de devenir lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels? (8)
1. Pas d'activité sexuelle.
  2. Extrêmement difficile ou impossible.
  3. Très difficile.
  4. Difficile.
  5. Quelque peu difficile.
  6. Pas difficile.
10. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous maintenu votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels? (9)
1. Pas d'activité sexuelle.
  2. Presque toujours ou toujours.
  3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
  4. Parfois (environ la moitié du temps).
  5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
  6. Presque jamais ou jamais.
11. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de maintenir votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels? (10)
1. Pas d'activité sexuelle.
  2. Extrêmement difficile ou impossible.
  3. Très difficile.
  4. Difficile.
  5. Quelque peu difficile.
  6. Pas difficile.
12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle fréquence avez-vous atteint l'orgasme (jouissance)? (11)
1. Pas d'activité sexuelle.
  2. Presque toujours ou toujours.
  3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
  4. Parfois (environ la moitié du temps).
  5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
  6. Presque jamais ou jamais.
13. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, jusqu'à quel point était-il difficile pour vous d'atteindre l'orgasme (jouissance)? (12)
1. Pas d'activité sexuelle.
  2. Extrêmement difficile ou impossible.
  3. Très difficile.
  4. Difficile.
  5. Quelque peu difficile
  6. Pas difficile.

14. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme (jouissance) pendant des activités ou rapports sexuels? (13)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très satisfaite.
3. Modérément satisfaite.
4. Également satisfaite et insatisfaite.
5. Modérément insatisfaite.
6. Très insatisfaite.

15. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite du degré de proximité émotionnelle entre vous et votre partenaire lors d'activités sexuelles? (14)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très satisfaite.
3. Modérément satisfaite.
4. Également satisfaite et insatisfaite.
5. Modérément insatisfaite.
6. Très insatisfaite.

16. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire? (15)

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très satisfaite.
3. Modérément satisfaite.
4. Également satisfaite et insatisfaite.
5. Modérément insatisfaite.
6. Très insatisfaite.

17. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur pendant la pénétration vaginale? (17)

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

18. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur après la pénétration vaginale? (18)

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

19. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale? (19)

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Très élevé.
3. Élevé.
4. Modéré.
5. Faible.
6. Très faible ou absent.

## Annexe 5 – Tableaux de références

Version originale – Traduction libre en page 2 du présent document

---

### 2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia

---

#### A. Vulvar pain caused by a specific disorders\*

- Infectious (e.g., recurrent candidiasis, herpes)
- Inflammatory (e.g., lichen sclerosus, lichen planus, immunobullous disorders)
- Neoplastic (e.g., Paget disease, squamous cell carcinoma)
- Neurologic (e.g., postherpetic neuralgia, nerve compression or injury, neuroma)
- Trauma (e.g., female genital cutting, obstetrical)
- Iatrogenic (e.g., postoperative, chemotherapy, radiation)
- Hormonal deficiencies (e.g., genitourinary syndrome of menopause [vulvovaginal atrophy], lactational amenorrhea)

B. Vulvodynia – Vulvar pain of at least 3 months' duration, without clear identifiable cause, which may have potential associated factors.

The following are the descriptors:

- Localized (e.g., vestibulodynia, clitorodynia) or generalized or mixed (localized and generalized)
- Provoked (e.g., insertional, contact) or spontaneous or mixed (provoked and spontaneous)
- Onset (primary or secondary)
- Temporal pattern (intermittent, persistent, constant, immediate, delayed)

---

Tiré de Bornstein et autres<sup>1</sup> (avec permission).

---

2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia

---

Appendix: Potential factors associated with vulvodynia\*

- Comorbidities and other pain syndromes (e.g., painful bladder syndrome, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, temporomandibular disorder; level of evidence 2)
- Genetics (level of evidence 2)
- Hormonal factors (e.g., pharmacologically induced; level of evidence 2)
- Inflammation (level of evidence 2)
- Musculoskeletal (e.g., pelvic muscle overactivity, myofascial, biomechanical; level of evidence 2)
- Neurologic mechanisms
  - Central (spine, brain; level of evidence 2)
  - Peripheral: neuroproliferation (level of evidence 2)
- Psychosocial factors (e.g., mood, interpersonal, coping, role, sexual function; level of evidence 2)
- Structural defects (e.g., perineal descent; level of evidence 3)

---

Tiré de Bornstein et autres<sup>1</sup> (avec permission).

## Bibliographie

1. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med* 2016;13:607-12.
2. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med* 2016;13:572-90.
3. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001;98:45-51.
4. <http://vulvovaginaldisorders.com> Vulvo-vaginal disorders : An algorithm for basic adult diagnosis and treatment. 2014. (Accessed at
5. Morin M. Objective assessment of the overactive pelvic floor. In: Padoa A, Rosebaum T, eds. *The overactive pelvic floor*. New York: Springer Science and Business Media 2015.
6. Witzeman K, Nguyen RH, Eanes A, As-Sanie S, Zolnoun D. Mucosal versus muscle pain sensitivity in provoked vestibulodynia. *Journal of pain research* 2015;8:549-55.
7. Fowler RS. Vulvar vestibulitis: Response to hypocontactant vulvar therapy. *Journal of lower genital tract disease* 2000;4:200-3.
8. Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric : the journal of the International Menopause Society* 2016;19:151-61.
9. Organization WH. Use and procurement of additional lubricants with male and female condoms: WHO/UNFPA/FHI360 - Advisory Note. 2012.
10. Flanagan E, Herron KA, O'Driscoll C, Williams AC. Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2015;12:3-16.
11. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, et al. Randomized controlled trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women suffering from provoked vestibulodynia. In: *International Urogynecological Association; 2015; Nice, France : Int Urogyn J; 26(1):s47-s49; 2015. p. s 47-s9.*
12. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline update. *Journal of lower genital tract disease* 2014;18:93-100.
13. Stewart EG. Treatment of vulvodynia. UpToDate 2015.
14. Leo RJ, Dewani S. A systematic review of the utility of antidepressant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *J Sex Med* 2013;10:2497-505.
15. Spoelstra SK, Borg C, Weijmar Schultz WC. Anticonvulsant pharmacotherapy for generalized and localized vulvodynia: a critical review of the literature. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013;34:133-8.
16. Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008;111:159-66.
17. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005;113:9-19.

18. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.

