



Douleurs féminines

Camille Tallet et Dr Christelle Besnard-Charvet, Lyon (69)



« Je viens vous voir parce que j'ai mal. Vous avez mal où : dans le ventre, dans les ovaires. Et vous avez mal à quel moment ? Pendant les rapports, quand ça bouge au fond et aussi pendant les règles. Depuis quand avez-vous mal ? Ça fait longtemps mais ça fait de plus en plus mal, et puis, on m'a dit que ça pouvait être de l'endométriose ».

« J'ai mal en bas, vous savez en bas. Au niveau de la vulve, du vagin ? Je ne sais pas, j'ai mal pendant le rapport quand il « entre ». Depuis quand ? Depuis les premiers rapports, mais c'est de pire en pire ».

Débuts de consultations banales. Les femmes ont mal. Elles ne savent pas très bien pourquoi, ni quel organe leur fait mal, mais « on » leur a dit que ce n'était pas normal, que cela pouvait être grave et qu'il fallait consulter. « On », c'est la copine, la mère, les médias, le ou la partenaire...

Le positif, c'est que les femmes osent maintenant dire qu'elles ont mal. Avoir mal pendant les rapports ou pendant les règles est un motif de consultation de plus en plus fréquent et derrière cette douleur, des mots différents pour parler de maux différents. C'est le sujet de cet article, un focus sur les douleurs féminines qui regroupent les douleurs lésionnelles et les douleurs fonctionnelles, les deux pouvant d'ailleurs être intriquées.

Camille, sage-femme et Christelle, gynécologue s'allient pour vous indiquer les causes des douleurs féminines et la place de l'homéopathie dans la prise en charge de ces douleurs.

Christelle BESNARD-CHARVET

A) Les douleurs féminines hautes

sont un motif fréquent de consultation : « j'ai mal dans le ventre, pendant les règles, pendant les rapports, j'ai mal aux ovaires, j'ai mal à l'utérus, j'ai mal comme si j'avais mes règles... ». Les patientes peinent bien souvent à décrire leur douleur et l'examen gynécologique sera primordial pour éliminer d'autres douleurs, intestinales, rhumatismales...

Les algies pelviennes hautes d'origine gynécologique se déclinent en dysménorrhée, dyspareunie, aiguës ou chroniques.

Nous excluons de ce propos les algies pelviennes aiguës chirurgicales, c'est le cas de la torsion d'ovaire, de la péritonite d'origine tubaire. La place de l'homéopathie dans ce cas est l'accompagnement péri-opératoire.

Nous nous consacrerons à la prise en charge des **algies pelviennes chroniques les plus fréquentes** sans tenir compte de l'origine lésionnelle. Par exemple, même si l'endométriose comme le brome peuvent relever d'un traitement homéopathique de terrain, nous n'aborderons ici que la prise en charge de la douleur.

Les causes des algies pelviennes chroniques : dysménorrhées et dyspareunies profondes.

1) Les dyspareunies profondes sont représentées par la perception de douleurs dans le ventre au moment du rapport. Les douleurs rapportées sont des sensations de déchirure, de coup de poignard, d'inconfort lors des mouvements de va-et-vient. Elles sont à différencier des dyspareunies d'intromission qui sont des douleurs vulvo-vaginales.

La cause principale à rechercher est l'endométriose. Mais des adhérences post-chirurgicales ou post salpingites peuvent donner ces douleurs. Certains brome en fonction de leur nombre, leur position peuvent créer des douleurs. Il existe aussi des causes psychosomatiques, avec la problématique des agressions sexuelles dans l'enfance, en particulier incestueuses si difficiles à verbaliser.

2) Les dysménorrhées sont des sensations douloureuses de l'utérus pendant les règles. Elles sont ressenties comme des crampes, des contractions, voire des douleurs d'accouchement. La classification sépare les dysménorrhées primaires survenues dès la puberté et les dysménorrhées secondaires apparaissant après une période de règles non doulou-

reuses. Les dysménorrhées primaires sont le plus souvent essentielles et les secondaires lésionnelles. Gardons en tête cependant qu'il est possible que de toutes jeunes-elles soit porteuse d'une endométriose.

Les principales causes des dysménorrhées sont :

- les causes fonctionnelles, liées à une perception anormale ou à des contractions anormales de l'utérus pendant les règles. Le tabac est un facteur d'aggravation de ces dysménorrhées, à la fois en raison de l'effet ischémique sur le muscle utérin, mais aussi par l'aggravation de l'inflammation et la diminution du seuil de la douleur chez les fumeuses¹. La présence d'un dispositif intra-utérin au cuivre peut causer ou aggraver des dysménorrhées. Les modifications hormonales peuvent induire des contractions de l'utérus ou des douleurs ovariennes, c'est le cas de l'ovulation ou de la période prémenstruelle.
- les causes lésionnelles : l'endométriose (présence de cellules d'endomètre ailleurs que dans l'utérus), l'adénomyose qui est la présence de cellules d'endomètre dans le myomètre, les fibromes, les malformations utérines, les polypes utérins.

L'examen clinique

L'interrogatoire est fondamental et notre formation d'homéopathe nous conduit à poser les bonnes questions. Je suis persuadée que l'interrogatoire tel que nous le menons devrait être enseigné à tous les médecins car il permet aux patientes de réfléchir à leur douleur, de la connaître, de se mettre en mouvement autour de cette douleur et de progresser.

- Les sensations : douleur brûlante, piquante, élançante, pulsative, sensation de déchirure, écharde, coup de poignard, pesant.
- Les modalités, surprenantes dans leur diversité individuelle : aggravation (<) par les rapports, le mouvement, le froid, le chaud, les périodes du cycle, amélioration (>) par le mouvement, la pression, le froid, le chaud, la distraction, les périodes du cycle.
- Les signes concomitants : troubles généraux comme une sensation de malaise, palpitations, vertiges, troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, constipation), troubles gynécologiques autres (leucorrhées, saignements...), troubles de l'humeur (irritabilité, prostration).
- Le « depuis quand, à la suite de quoi » essentiel pour comprendre le côté psychologique éventuel de ces douleurs : depuis la puberté, depuis les premiers rapports, depuis un changement de vie (changement de partenaire, changement de profession, changement de domicile, en particulier de ville, séparation d'avec les parents...).

L'examen clinique cherche à affiner le diagnostic :

- Douleurs profondes au toucher vaginal, augmentation du volume de l'utérus en cas de fibrome ou adénomyose, aspect déformé de l'utérus avec douleurs à la mobilisation, ce qui est suspect d'adhérences ou d'endométriose ;
- Inspection du vagin à la recherche de nodules d'endométriose, de pertes vaginales suspectes d'infection.

Les examens para-cliniques doivent être adaptés. Ils ne font que conforter un diagnostic CRP, NFP en cas de suspicion d'infection ou d'inflammation :

- Prélèvement vaginal avec recherche de chlamydie, en cas de suspicion de salpingite ou d'endométrite.
- Echographie pelvienne endo-vaginale ou abdominale en cas de suspicion d'endométriose ovarienne, de fibrome, de polype ou de malformation utérine.
- IRM pour affirmer ou exclure le diagnostic d'endométriose, préciser la position des fibromes, polypes, ou le type de malformation utérine.

La prise en charge de la douleur et la place de l'homéopathie

Il peut exister une prise en charge spécifique de la pathologie responsable des douleurs, par exemple un traitement antibiotique en cas de présence de salpingite à chlamydia, une intervention chirurgicale en cas d'endométriome ovarien, une myomectomie en cas de fibrome.

Mais c'est la prise en charge de la douleur qui doit être primordiale. Il arrive que des patientes traitées pour une salpingite par un traitement antibiotique gardent des douleurs résiduelles non prises en charge puisqu'elles sont sensées être guéries de leur pathologie.

La prise en charge de la douleur comporte plusieurs axes, le traitement symptomatique de la douleur et le traitement global de l'individu qui a mal.

1) Le traitement symptomatique

- Le traitement antalgique ou anti-inflammatoire. La prescription d'un médicament conventionnel est nécessaire, au moins au début de la prise en charge, en particulier dans les dysménorrhées. Le médicament homéopathe qui met en mouvement, qui accompagne le patient dans la guérison n'a pas toujours la puissance d'un antalgique pour calmer rapidement les douleurs. La prescription d'antalgiques et leur balance bénéfice/risque doit être expliquée. Les recommandations Vidal préconisent la prise de paracétamol ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'antispasmodiques². En cas de dyspareunie, les traitements antalgiques sont à préconiser avant le rapport pour modifier le seuil de la douleur, ou après si la douleur persiste.

¹ Hong Ju et al. Smoking and trajectories of dysmenorrhoea among young Australian women Tobacco Control 17/11/14. Mediquality 26/1/15

² <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dysmenorrhées-1713.html#prise-en-charge>. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-douloureuses/consultation-traitement>

- Le traitement homéopatique symptomatique va reposer sur les caractéristiques de la douleur. **Les dilutions iront de 5 à 9 CH, 5 granules plusieurs fois par jour dès le début des crises douloureuses, en espaçant suivant amélioration.**

Les médicaments principaux que je prescris dans cette indication sont :

Actaea racemosa : douleurs d'intensité proportionnelle aux règles douloureuses, épuisantes, abondantes, douleur utérine et ovarialgie gauche, irradiant dans la face antérieure des cuisses.

Bryonia alba : douleurs lancinantes, aiguës, piquantes, obligeant à l'immobilité > repos absolu, pression forte, couchée sur le côté douloureux, < moindre mouvement, chaleur, règles en avance abondantes, douloureuses ou aménorrhée avec sensibilité pelvienne.

Cactus grandiflorus : congestion locale avec spasmes, sensations de constriction, comme dans un étau, règles en avance de sang noir > air frais, < couchée sur le côté gauche, par le mouvement.

Caulophyllum : spasmes, crampes, douleurs tiraillantes, erratiques, intermittentes ; règles en avance, peu abondantes, < la nuit.

Colocythis : douleurs violentes, spasmodiques, avec agitation, crampoïdes, > plié en deux, par la pression, par la chaleur, < colère.

Cuprum metallicum : crampes, spasmes, début et fin brusques, hypersensibilité, y penser lors de dysménorrhées sur dispositif intra-utérin au cuivre > en buvant une gorgée d'eau froide, < toucher, la nuit, avant les règles.

Lilium tigrinum : pesanteur dans le petit bassin, > comprimant le petit bassin, douleurs vives dans les deux ovaires, irradiation aux cuisses, ténésme rectal et vésical < chaleur, > grand air, mouvement.

Magnesia phosphorica : douleurs **crampoïdes**, de début et de fin brusques > chaleur, pression, plié en deux, > le froid, le mouvement.

Sabina : douleurs allant du sacrum au pubis, comme pendant un accouchement, règles en avance, prolongées, sang rouge brillant, < chaleur, > air frais.

Secale cornutum : spasmes, douleurs de pression au niveau du sacrum, < chaleur, > froid, règles irrégulières, noïrâtres, y penser chez les patientes fumeuses, en cas d'atrophie liée à une contraception progestative.

Quelques mots sur les Prostaglandines diluées. Je n'en ai pas d'expérience personnelle, mais nombreux homéopathes les prescrivent couramment. Deux types de prostaglandines peuvent être prescrites : les F2 et les E2. Physiologiquement, la PGE2 inhibe les contractions utérines chez la femme non gravide et a une action in ammatoire, alors que la PGF2 les stimule (action spasmodique). Il est intéressant de noter que l'effet des Prostaglandines pondérales peut être inversé en

fonction de la posologie. Les dilutions homéopathiques de prostaglandines sont traditionnellement utilisées dans les traitements symptomatiques des dysménorrhées. Exemple **Prostaglandine E2 15CH** et **Prostaglandine F2 15CH** 3 granules de chaque 4 fois par jour pendant les règles.³

2) Le traitement global de l'individu

La gestion de la douleur passe par la gestion du stress que représente la douleur : les techniques de cohérence cardiaque sont particulièrement adaptées car simples, gratuites, faciles quels que soient l'âge et la disponibilité. Je conseille l'application Respirelax ou la respiration du site « coherenceinfo.fr ».

D'autres pratiques psycho-corporelles comme la ré exologie plantaire, la sophrologie, le Qi Gong, le yoga, la méditation peuvent diminuer le seuil douloureux mais nécessitent un apprentissage ou la présence d'un intervenant.

L'acupuncture a fait l'objet d'études qui montrent une efficacité dans la prise en charge des dysménorrhées⁴.

En homéopathie, nous distinguons plusieurs personnalités hyperesthésiques. Les médicaments correspondants **seront prescrits en haute dilution 15 ou 30CH, une dose par semaine ou 5 granules par jour pendant 3 mois.** A retenir en priorité :

Actaea racemosa : instabilité psychique avec fond dépressif et accès d'excitation incohérente.

Chamomilla : agitation et impatience, intolérance à la douleur, hypersensibilité.

Ignatia : humeur changeante, craintes imaginaires pour sa santé, < consolation, > distraction.

Lilium tigrinum : fond dépressif alternant avec des périodes d'excitation, appréhension d'avoir une maladie incurable, excitation sexuelle anormale.

Moschus : hyperexcitabilité nerveuse, exagère ses maux, humeur très changeante, tendance syncopale, excitation sexuelle anormale.

Pulsatilla : humeur variable, pleure facilement, résignée, timide et pudique, > consolation.

Nux vomica : irritabilité, impatience, intolérance à la douleur, hypersensibilité.

Platina : orgueil, humeur changeante, tendance à la dépression, douleurs compressives, crampoïdes avec engourdissement, hypersensibilité des organes génitaux, < immobilité, toucher, > mouvement, air frais.

Staphysagria : hyperesthésie physique et psychique, troubles psychosomatiques liés à une frustration, à un non-dit, ou à un événement mal vécu (ex : salpingite, intervention chirurgicale en urgence, rapport forcé...), sensations de forte compression, piqure.

Veratrum album : survenue de nausées, vomissements, malaise, sueurs froides au moment de la douleur, règles en avance, abondantes.

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2274425/pdf/canfamphys00329-0103.pdf>

⁴ Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 1.

3) Les traitements hormonaux

En cas d'étiologie cyclique des douleurs, par exemple hyperménorrhée avec syndrome prémenstruel de type mastodynie, liés à une hyperestrogénie relative, indication de **Folliculinum 15CH**, une dose au 8^e et au 20^e jour du cycle.

Cas cliniques

Mme B, 35 ans, consulte pour des dysménorrhées. Elle n'a pas de pathologie gynécologique, ni endométriose, ni adénomyose, ni polype. Les douleurs sont survenues à l'arrêt de la pilule pour un désir de grossesse. A l'interrogatoire, elle avait déjà des douleurs de règles dans l'adolescence et avait été mise sous pilule pour cela à l'âge de 15 ans.

Les douleurs sont spasmodiques, les règles sont peu abondantes. Les cycles sont irréguliers, entre 28 et 35 jours depuis l'arrêt de la pilule.

La prescription en attendant la survenue de la grossesse comporte : **Folliculinum 9CH** une dose au 8^e et au 20^e jour du cycle. Pendant les règles, **Caulophyllum 5CH** et **Colocynthis 5CH** 3 granules de chaque 4 à 6 fois par jour, en fonction des douleurs en complément d'un antalgique de type paracétamol si nécessaire.

Mme C, 47 ans, consulte pour des douleurs à type de tiraillements, de spasmes pendant ses règles. Elle ressent aussi des douleurs au fond du ventre pendant les rapports. Malgré ces douleurs, elle a très envie d'avoir des rapports. Les cycles se sont un peu raccourcis et les règles sont un peu plus abondantes qu'il y a quelques années, sans être hémorragiques. Il existe un syndrome prémenstruel modéré avec constipation et migraines. L'examen gynécologique est très difficile, avec mise en place du speculum vécue comme « horriblement douloureux ». Le toucher vaginal est peu informatif en raison de la douleur. L'échographie montre une adénomyose modérée et banale pour l'âge.

Folliculinum 15CH une dose au 6^e et 16^e jour du cycle.

Platina 15CH 5 granules du 16^e jour du cycle à l'arrivée des règles.

Mme F, 30 ans, consulte pour des douleurs depuis son accouchement. L'accouchement a été très mal vécu, sans geste instrumental, mais avec beaucoup d'angoisse. La patiente a eu peur pour son bébé, elle s'est sentie culpabilisée car on lui a dit « qu'elle poussait mal ». Son mari s'est senti mal et elle a vécu son accouchement seule. Elle n'a pas souhaité aller à la maternité pour la visite post-natale. Depuis, elle a des douleurs pendant les rapports, elle n'a d'ailleurs plus envie d'en avoir. Les cycles sont réguliers, elle ne prend aucune contraception pour avoir une

éventuelle deuxième grossesse, mais qu'elle appréhende en pensant à l'accouchement. L'examen clinique est facile, sans douleur majeure, ni sécheresse vaginale. La patiente est comme indifférente à l'examen. La proposition thérapeutique passe par une consultation psychologique qui fera verbaliser ce vécu traumatique de l'accouchement. Je l'adresse vers un psychologue qui pratique l'EMDR, technique intéressante lorsqu'un traumatisme est identifié. Je prescris **Staphysagria** en doses en échelle une dose en **9CH**, la semaine suivant une dose en **15CH**, la semaine suivant une dose en **30CH**. Lorsque je revois la patiente au bout de 3 mois, elle me dit « avoir été secouée par la première dose qui l'a faite beaucoup pleurer ». Elle est très améliorée et envisage plus sereinement la 2^e grossesse.

Camille TALLET

B) Les douleurs féminines basses ou les dyspareunies superficielles :

Que sont les dyspareunies ?

Il s'agit d'une pathologie qui se caractérise par des douleurs persistantes ou récurrentes ressenties pendant ou après les rapports sexuels, n'étant pas liées exclusivement à un défaut de lubrification ou à un vaginisme. Elle affecte environ 7,5% des femmes sexuellement actives et est plus fréquente chez les femmes de 55 à 64 ans (10,4%) ainsi que chez celles âgées de 16 à 24 ans (9,5%)⁵

Différents types de dyspareunies existent :

- Les dyspareunies superficielles (ou d'intromission), lorsque la douleur apparaît au début du rapport sexuel. Le siège de la douleur est vulvaire ou vulvo-vaginal.
- Les dyspareunies profondes, survenant à la pression du fond vaginal. Il s'agit de douleurs abdomino-pelviennes.

On peut distinguer les douleurs primaires, c'est-à-dire présentes dès le début de la vie sexuelle, des douleurs secondaires survenant après une période de vie sexuelle non douloureuse initialement.

Les douleurs sexuelles sont le résultat de l'interaction de nombreux facteurs : le message douloureux, les réactions comportementales et émotionnelles lors d'un rapport sexuel, dans un contexte de maladie (d'origine infectieuse, inflammatoire, endométriosique, morphologique...) parfois associés à des phénomènes douloureux chroniques auto-entretenus par une inflammation neurogène.

Il est important que la prise en charge soit adaptée à ces différents facteurs.

Comprendre la douleur : selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle

⁵ Enquête de Michel KL et al., auprès de 8 869 femmes de 16 à 74 ans.

désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes".

La douleur est un mécanisme biologique remarquable et complexe, un système d'alarme de l'organisme incitant celui-ci à résoudre le problème. L'information "douleur" est transmise depuis la zone de perception jusqu'au cerveau par le biais d'un influx nerveux et de médiateurs chimiques. Elle est ensuite décodée afin qu'une action efficace s'ensuive.

Une douleur dans la zone vulvaire peut donc engendrer une contraction musculaire réflexe et involontaire du périnée. Cette contraction est un mécanisme de protection mis en place par le corps suite à des douleurs vulvaires.

Une fois traitée, la douleur dite "aiguë" disparaît. La persistance d'une douleur aiguë sur le long terme (au moins 3 mois) définit une douleur chronique. Contrairement à la douleur aiguë qui a un rôle de système d'alarme, la douleur chronique, elle, n'apporte plus d'information utile pour l'organisme. La douleur qui persiste est alors une véritable pathologie, indépendante de sa cause initiale et demandant à être traitée comme telle.

Les traitements de la douleur peuvent présenter une approche complémentaire en réduisant la transmission des influx douloureux :

On cherche à agir sur le message nerveux sensitif, qui part des organes pour arriver au cerveau.

Ainsi, certains médicaments antidépresseurs pris à faible dose peuvent diminuer la conduction de cet influx nerveux lié à la douleur.

Autre exemple, l'application locale et régulière d'une crème anesthésiante peut bloquer l'influx nerveux en saturant les récepteurs de la douleur et en insensibilisant la peau.

Dans le cadre des douleurs sexuelles, on peut comprendre que l'errance diagnostique des femmes ou encore l'incidence de la pathologie dans la vie de couple soient source d'anxiété et augmentent alors la sensation de douleur.

Qu'est-ce que la vulvodynie ?

Depuis la création en 1970 de l'International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD), de nombreuses terminologies et classifications ont été utilisées pour décrire la vulvodynie. En 1976, la douleur vulvaire est décrite comme une entité unique et les membres de l'ISSVD parlent du syndrome de la « vulve brûlante ». D'autres termes ont ensuite été utilisés comme "vulvodynie diesthésique" ou "essentielle", "vestibulite vulvaire", ...).

La classification actuelle de l'ISSVD (2015) différencie :

- **Les douleurs vulvaires liées à une cause spécifique :**
 - Infectieuse (candidoses répétées, herpès ...);
 - Inflammatoire (lichen scléreux, lichen plan, pathologies bulleuses auto-immunes...);

- Maladie néoplasique (maladie de Paget vulvaire, carcinome épidermoïde...);
- Neurologique (névralgie post-herpétique, névralgie du nerf pudendal ...);
- Traumatique (obstétrical, mutilations sexuelles féminines...);
- Idiotique (post-opératoire, chimiothérapie, radiation...);
- Modification hormonale (ménopause, post-partum...);
- **Les douleurs vulvaires sans cause évidente, les vulvodynies.**

La vulvodynie est définie comme étant une "douleur vulvaire d'une durée de plus de 3 mois sans cause identifiable, qui peut être associée à différents facteurs, chez une femme de tout âge".

Elle est décrite selon différentes caractéristiques :

- La localisation de la douleur = locale, généralisée ou mixte ;
- Les facteurs déclenchant = la douleur est provoquée (lors de circonstances variées : relations sexuelles, insertion d'un tampon, intolérance au contact ...), spontanée (constante et continue) ou mixte ;
- L'apparition de la douleur = primaire (la maladie est présente depuis le début des contacts vulvaires) ou secondaire (l'apparition de la douleur survient après une période indolore) ;
- La durée de la douleur = intermittente, constante, immédiate, retardée.

Ces facteurs varient selon les femmes.

La forme la plus courante est la vestibulodynie provoquée. Elle représente plus de 70% des douleurs vulvaires. Elle est caractérisée par :

- Des douleurs localisées au niveau de la partie inférieure du vestibule vulvaire, une zone située entre 3 et 9h de l'ouverture vaginale ;
- Ces douleurs sont essentiellement déclenchées par le contact (examen, tampon, relation sexuelle, etc.)
- L'examen clinique de la vulve est normal ou peut montrer un érythème de la région vulvaire, le plus souvent à l'orifice des glandes de Bartholin.

La vestibulodynie provoquée s'associe souvent avec une dysfonction périnéale : on note une hypertonie du périnée et une diminution des capacités de relaxation musculaire.

Le diagnostic de vulvodynie se fait grâce à :

- L'interrogatoire à la recherche de facteurs déclenchants ;
- L'examen clinique : la peau de la vulve maintient souvent une apparence normale et l'examen clinique montre l'absence d'anomalie décelable ;
- Le "test du coton-tige" ou "Q-tip test". On réalise ce test de préférence après avoir écarté toute hypothèse d'infection,

mycose, dermatose, etc. Le test consiste à poser un coton-tige au niveau de l'abouchement des glandes de Bartholin. Si la douleur est immédiate à la pression du coton-tige, le test est positif. Cette douleur peut être plus importante d'un côté que de l'autre.

Sauf circonstances particulières, le toucher vaginal ou l'examen à l'aide d'un spéculum ne sont pas nécessaires.

La cause exacte de la vulvodynie est encore mal connue. Les spécialistes s'accordent cependant sur un phénomène d'hyperalgésie, c'est-à-dire une amplification anormale de la douleur, due à une augmentation de la sensibilité centrale et périphérique. La zone du vestibule vulvaire, souvent touchée, est particulièrement riche en terminaisons nerveuses en comparaison avec les autres parties du périnée ou du vagin.

On observe ainsi des douleurs chroniques dans des zones ne comportant pas de lésions.

Les facteurs favorisant cette hyperalgésie locale sont nombreux : infections vulvaires répétées, traumatismes de l'accouchement, modifications hormonales de la ménopause... De plus, des troubles affectifs, relationnels ou traumatiques peuvent conduire à des modifications des seuils de sensibilisation centrale.

Le traitement de la vulvodynie prendra en compte les différentes caractéristiques et répercussions de cette douleur vulvaire persistante.

• **Traiter l'hyperalgésie locale vulvaire : consensus pour un traitement de première intention :**

Il découle des mécanismes physio-pathologiques et prend donc en compte les phénomènes d'hypersensibilisation, l'hyperalgésie du vestibule vulvaire et la dysfonction périnéale selon la prise en charge multimodale suivante en trois axes :

- 1 - Traitement de l'hyperalgésie locale du vestibule vulvaire par application bi-journalière au long cours, d'anesthésiques locaux (Lidocaïne 2 -10%). Traitement local utilisable également avant le rapport sexuel. Association possible avec l'utilisation d'un traitement de la sensibilisation pelvienne : Amitriptyline en première intention, puis Pregabaline ou Gabapentine en cas de comorbidités.
- 2 - Rééducation pélvi-périnéale : périnéale et globale. Rééducation externe et progressivement manuelle endo-cavitaire en relâchement musculaire, biofeedback négatif, technique de rétablissement de la fonction périnéale. Traitement global de l'hypertonie périnéale. Réappropriation du schéma corporel et rééducation des dysnergies vésicales et recto-sphinctériennes. L'utilisation de dilateurs vaginaux à but d'étirements musculaires et pédagogique pour diminuer l'appréhension de la pénétration.
- 3 - Thérapeutiques cognitivo-comportementales : psychothérapie cognitive, thérapies psychosexuelles et en cas de traumatisme, thérapies centrales type EMDR ou Hypnose.

• **Prise en charge globale de la patiente grâce à l'homéopathie :**

L'interrogatoire est un temps de recueil d'informations essentielles pour bien comprendre la pathologie présentée par la patiente avec ses manifestations physiques et psychiques.

Les sensations : La douleur associée à la vulvodynie est typiquement décrite comme une douleur qui brûle ou qui pique, associée à des sensations de coupure, d'écorchure ou de tiraillements.

Les modalités : Il est intéressant de coter la douleur ressentie lors de la pénétration, pendant le rapport et une fois que le rapport est terminé. Il est utile de demander si le chaud, le froid, les périodes du cycle... ont un impact sur ces douleurs. On pourra aussi se renseigner sur le confort vulvaire au quotidien.

Les signes concomitants : dysménorrhées, constipation, fuites urinaires, sécheresse vulvaire, les troubles de l'humeur et la tendance à l'hyper contrôle.

Le « depuis quand, à la suite de quoi » essentiel pour comprendre le côté physique et/ou psychologique de ces douleurs : depuis la puberté, depuis les premiers rapports, depuis un changement de vie, depuis un traumatisme, depuis l'utilisation d'un traitement médicamenteux (antimycosiques !!), développement d'une pathologie dermatologique...

L'examen clinique cherche à affiner le diagnostic.

Il faudra réaliser une inspection vulvaire de qualité pour écarter toutes pathologies infectieuses, dermatologiques... La réalisation du test au coton-tige ou Q-Tip test est le test diagnostique de la pathologie s'il est positif.

La place de l'homéopathie :

Le traitement homéopathique symptomatique va reposer sur les caractéristiques de la douleur. **Les dilutions iront de 5 à 9CH, 5 granules plusieurs fois par jour dès le début des crises douloureuses, en espaçant suivant amélioration.**

1) Les traitements homéopathiques des mycoses (premières causes de vestibulodynie)

Monilia albicans 15CH (anciennement **Candida albicans**) : de 5 granules par jour à une dose par semaine.

Causticum 9CH : sensation d'écorchure et de plaie à vif, aggravée le soir au crépuscule et vers 3-4h du matin, améliorée par la chaleur. 5 granules 2 fois par jour, à espacer selon amélioration.

Kreosotum 9CH : sensation de brûlure intense améliorée par la chaleur et prurit brûlant vulvo-vaginal. 5 granules 2 fois par jour, à espacer selon amélioration.

Helonias dioica 7 à 9CH : leucorrhées abondantes, grumeleuses, aspect lait caillé avec prurit vulvaire. Aspect caractéristique. 5 granules 2 fois par jour.

2) Les traitements homéopathiques des mycoses à répétitions : prévention des récives

Monilia albicans 15CH : 5 granules par jour pendant 1 mois puis une dose-globules par semaine pendant 2 mois.

3) Les traitements homéopathiques des leucorrhées non infectieuses, irritations vaginales et prurit vulvaire

Endhométrol®, Un ovule le soir au coucher pendant 6 jours.
Calendula officinalis, **Helonias dioica** et **Hydrastis canadensis**.

Alumina 9CH : sècheresse (surtout si constipation avec inertie rectale). 5 granules 2 fois par jour, à espacer selon amélioration.

Nitricum acidum 9CH : sèches à bord net et fond saignant. 5 granules 2 fois par jour.

Apis 9CH : sensation de prurit avec érythème et œdème soulagés par le froid. C'est piquant, brûlant. 5 granules 2 à 4 fois par jour.

Belladonna 9CH : vulve rouge vif, avec sensation de battement, d'aspect sec, inflammation, aggravée par le froid et améliorée au repos. 5 granules 2 à 4 fois par jour.

4) Les traitements homéopathiques de la vulvodynie

Staphysagria 5 à 9CH, 5 granules 2 fois par jour. Le médicament le plus prescrit : hyperesthésie vulvaire, prurit aggravé avec le contact, un syndrome dépressif (avec vexation ou contrariété).

Ratanhia 5 à 9CH, 5 granules 2 fois par jour. Lorsque la patiente décrit des douleurs comme des coups d'aiguille.

Arsenicum album 5 à 9CH, 5 granules 2 fois par jour. La douleur est brûlante, améliorée par la chaleur.

Causticum 5 à 9CH, 5 granules 2 fois par jour. Une sensation d'écorchure ou de plaie à vif.

5) Les traitements homéopathiques en fonction de la personnalité

Il faut traiter la personne dans sa globalité et prendre en charge les composantes anxieuses :

Staphysagria 15CH : si on sent un sentiment d'injustice ou si les douleurs ont commencé après un traumatisme physique ou psychique.

Ignatia 15CH : si les douleurs sont paradoxales avec des moments où il n'y a aucune douleur et d'autres périodes douloureuses.

Arsenicum album 15CH : patiente avec un caractère méticuleux, toilettes excessives.

Pulsatilla 15CH : patiente avec un caractère docile, antécédents de mycoses à répétition.

Nux vomica 15CH : patiente irritable, intolérante à la douleur.

La gestion de la douleur passe par la gestion du stress que représente la douleur : les techniques de cohérence cardiaque, la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture, le Qi Gong, le yoga, la méditation peuvent diminuer le seuil de douleur.

On pourra aussi proposer une prise en charge en psychothérapie et/ou sexologie si nécessaire.

Qu'est-ce que le vaginisme ?

C'est une contraction musculaire prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien. Cette action réflexe, involontaire et incontrôlable, empêche de façon persistante toute pénétration vaginale désirée, même par un doigt ou un tampon hygiénique quand le vaginisme est total.

Sa source est souvent psychologique, mais peut aussi découler d'une source physiologique.

Une tentative de pénétration lorsqu'une patiente présente un vaginisme peut entraîner de graves douleurs (dyspareunie) qui vont souvent exacerber ce vaginisme.

Le vaginisme est qualifié, selon le cas de :

- Primaire : survenant dès les premières relations sexuelles, amenant à l'échec de toute tentative de pénétration ;
- Secondaire : il peut survenir après une période prolongée de relations sexuelles sans problème. Le vaginisme secondaire survient en général après un traumatisme, physique ou psychique (mauvaise expérience), de toute nature.

Le vaginisme peut être total ou partiel.

- Il est total lorsque l'introduction de tout corps ou objet dans le vagin est impossible (tampon hygiénique, doigt...),
- Il est partiel ou situationnel lorsque la pénétration est difficile et souvent douloureuse : ce cas est principalement observé lors des tentatives de pénétration du pénis, alors que l'introduction d'autres objets tels que des tampons hygiéniques est possible et ne génère pas forcément de douleur.

La prise en charge de cette pathologie nécessite un accompagnement avec un professionnel formé. Pendant les séances sera vue ou revue l'anatomie féminine et sa physiologie. Une prise en charge avec des dilateurs vaginaux en séance et à domicile pourra faciliter la guérison de la patiente.

6) Les traitements homéopathiques du vaginisme

Magnesia phosphorica 15CH : crampes, spasmes améliorés par la chaleur.

Cactus grandiflorus 15CH : contracture forte du vagin lors des rapports, 5 granules avant chaque rapport.

Platina 15CH : hypersensibilité des organes génitaux avec sensation de pression, et aggravation au moindre attouchement ; vaginisme et sensation de défaillance lors des rapports. La frigidité est fréquente mais rarement verbalisée.

Staphysagria 15CH : parties génitales très sensibles, prurit (démangeaisons) vulvaire ; coexistence de troubles urinaires. Émotions refoulées, sentiment de frustration.

Ignatia amara 15CH : vaginisme ou dyspareunie occasionnels survenant après un choc émotif ou affectif, ou lors des premiers rapports sexuels.

Cas cliniques

Mme D, 27 ans, consulte pour des douleurs lors des rapports sexuels depuis 5 ans. Ces douleurs sont arrivées à la suite de prises répétées d'antimycosiques prescrits par des professionnels de santé et en automédication. Cette patiente dit avoir besoin de lubri ant pour les rapports sexuels. Elle fait une toilette intime deux fois par jour et utilise volontiers des lingettes et des protège-slips. Dans la vie de tous les jours elle peut ressentir une gêne lorsqu'elle porte des vêtements serrés. Cette patiente semble très attentive, gentille et prend des notes pendant la consultation.

Je prescris en homéopathie :

Monilia albicans 15CH : 1 dose-globules par semaine pendant 6 semaines.

Pulsatilla 15CH : 1 dose-globules par semaine pendant 2 mois.

Endhométrol®, 1 ovule le soir au coucher pendant 6 jours (**Calendula Officinalis**, **Helonias dioica** et **Hydrastis canadensis**).

J'associe une préparation magistrale à appliquer matin et soir jusqu'à disparition des douleurs composée de :

- Chlorhydrate de lidocaïne 10%
- Eau purifiée 15%
- Lanoline anhydrique 35%
- Vaseline blanche 40%

préparation magistrale sans équivalence pharmaceutique.

Je la vois en séance de relaxation périnéale une fois par semaine pour faire des exercices de relâchement et travailler avec des dilateurs vaginaux.

Au bout de 5 séances la patiente peut reprendre les rapports sereinement.

Mme V, 32 ans, consulte car elle s'est mariée il y a 6 mois et les rapports sexuels sont impossibles. Elle n'a jamais mis de tampon car elle n'en éprouvait pas l'envie. Elle n'a jamais fait d'examen gynécologique car elle pensait qu'étant vierge et ne voulant pas prendre une contraception elle n'en avait pas besoin. Cette patiente est volontiers constipée (1 à 2 selles par semaine) et a tendance à se retenir d'aller uriner car elle est nerveuse et n'a pas souvent le temps. Elle appréhende beaucoup les rapports sexuels car elle a entendu dire que c'était douloureux. Elle se sent incomprise et elle est sur la défensive. Elle ne comprend pas pourquoi cela lui arrive à elle alors que toutes ses copines ont des rapports sans problème.

Je prescris une préparation avec :

Nux vomica 15CH

Staphysagria 15CH

Magnesia phosphorica 15CH

} 5 granules matin et soir pendant 2 mois

et **Cactus grandiflorus 15CH**, 5 granules avant chaque tentative de pénétration avec un dilateur, un doigt ou son partenaire.

Je la vois une fois par semaine pour travailler des exercices de relaxation périnéale et travailler les dilateurs vaginaux ensemble. Elle les travaille aussi chez elle, seule et avec son partenaire.

Au bout de 8 séances la pénétration est possible et sans douleurs mais il reste encore de l'appréhension. Je lui propose de compléter avec des séances de sophrologie pour la détente globale.

CONCLUSION

Les douleurs féminines expriment bien plus qu'un simple dysfonctionnement d'organes. Une prise en charge globale et nécessaire. L'homéopathie s'impose comme une thérapeutique de choix pour améliorer ces patientes algiques.

BIBLIO

Homéopathie en gynécologie C Besnard-Charvet, C Rocher, éditions Elsevier Masson 2015

Traité de gynécologie homéopathique, CA Pigeot, Editions Similia, 1992

Camille TALLET,
Dr Christelle BESNARD-CHARVET