

Le Vaginisme : en théorie

Dr Coulomb Marie-Alice
SEXOGYN 2012

Vaginisme : Définitions

- ***CIM-10 : (selon OMS) Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale.
L'intromission est impossible ou douloureuse.***
- ***DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : « Spasme involontaire répété ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels »***
Perturbation à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles

Epidémiologie

- Masters et Jonhson (1970) rapportent l'observation de 29 cas en 11 ans
- 12 à 14 % des femmes parmi les couples consultants pour dysfonction sexuelle.

Catalan, J., K. Hawton et A. Day. 1990. « Couples referred to a sexual dysfunction clinic : psychological and physical morbidity ». British journal of psychiatry, no 156, p. 61-67.

- Prévalence : 6 % n= 519 femmes

Colson, Lemaire et al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. Journal of Sexual Medicine, nov 2005

- Does vaginismus exist ?

Riessing E.D., Binik, Y. M, Khalifé, S. 1999 Does vaginismus exist? A critical review of the literature. Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 261-274

- Prévalence dans la littérature : 5 % et 17 %

Elke D, Riessing Consultation and Treatment History and Causaal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus .J Med Sex 2012;9:251-258

- Souvent confondus avec les dyspareunies
- Distinction faite par les francophones depuis 1976 et par les anglo-saxons depuis 2005

Etude de Rosen (1993)

n = 329 Problème	Jamais	Parfois 25 %	Quelques fois 50 %	Souvent 75 %	Toujours
Irritation / Coït	82,4 %	10,4 %	2,7 %	1,4 %	2,7 %
Maque de lubrification	56,7 %	19,9 %	9,8 %	5,0 %	8,6 %
Dyspareunies	72,4 %	16,3 %	3,6 %	2,4 %	5,3 %
Vaginisme et étroitesse vaginale	71,5 %	16,3 %	5,3 %	2,1 %	4,7 %
Difficulté / Orgasme	41,5 %	28,8 %	14,2 %	6,5 %	8,9 %
Maque de plaisir	38,3 %	41,1 %	11,2 %	7,0 %	1,8 %
Anxiété, Inhibition	50,5 %	26,9 %	13,6 %	5,5 %	3,5 %

Mécanismes

- **Le vaginisme** est une contraction involontaire, automatique et persistante de la musculature striée périnéale, interdisant la pénétration vaginale.

- Impliquant quels muscles ?

→ muscles péri-vaginaux, paroi vaginale, périnée, releveurs de l'anus profonds

Basson R. et al, Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction : definitions and classifications. Journal of urology. 2000. 163, 888-893

→ Bulbocaverneux et releveurs de l'anus

Riessing E.D., Binik, Y. M, Khalifé, S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. Journal of Nervous and Mental Disease, 1999. 187, 261-274

- Associé à une adduction des cuisses et à une augmentation du tonus musculaire global

Mécanismes

- Comparé au réflexe de la paupière à l'approche d'une goutte de liquide *Kröger & Freed 1950*
- "Le vaginisme est à l'intromission du pénis ce qu'est le clignement de l'œil à la pénétration du moucheron", disait Kroger.
- C'est un phénomène réflexe provoqué lors de toute tentative de pénétration ou de contact vulvaire mais aussi par l'idée de la pénétration elle-même : « Ce trouble se manifeste dès lors que la pénétration, réelle ou imaginaire, fait l'objet d'une association pénible » *Kaplan*
- S'accompagne de signes comportementaux d'angoisse, d'évitement pouvant aller jusqu'à la phobie

Mécanismes : Cercle vicieux de la peur



Primaire ou essentiel	<p>Survient dès le début de la vie sexuelle (patiente reste obstinément vierge)</p> <p>Représente la majorité des vaginismes</p> <p>Cause très fréquente d'union non consommée</p>
Secondaire	<p>Survient alors que la vie sexuelle était auparavant normale</p> <p>Moins fréquent</p> <p>Complicque une dyspareunie ou une intervention médico-chirurgicale</p> <p>Conséquence d'un traumatisme psycho-sexuel ou d'une mésentente conjugale</p>
Sélectif ou situationnel	Rend impossible seulement certaines pénétrations
Absolue	Rend impossible toutes les pénétrations quelles qu'elles soient.
Superficiel ou inférieur	<p>Intéresse les muscles péri vaginaux en particulier le muscle constricteur de la vulve</p> <p>Rarissime</p> <p>Dit vaginisme de rétention</p>
Profond ou supérieur	<p>Concerne le faisceau élévateur des releveurs de l'anus</p> <p>Plus fréquent</p> <p>Dit vaginisme d'expulsion</p>
Complicqué	<p>Accompagné de trouble sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorgasmie, frigidité chez la femme, • Trouble d'érection et d'éjaculation chez le partenaire

Diagnostic

- Motif de consultation : mariage non consommé, désir d'enfant, bilan d'infertilité
- Le diagnostic est souvent tardif : honte, culpabilité
- Il est posé sur la base de l'interrogatoire complété de l'examen clinique ou plutôt de son impossibilité....
- Les femmes le décrivent ainsi :
 - « *C'est comme s'il frappait un mur* »
 - « *C'est comme s'il était trop gros pour moi* »
 - ou encore « *Je sens que je vais me déchirer* »
- La séquence érotique reste intacte, le désir, l'excitation et l'orgasme sont possibles
- La sexualité peut être satisfaisante hors pénétration

Etiologies : origines multifactorielles

Causes organiques :

- Minorité des cas
- A éliminer d'emblé
- Surtout les vaginismes qui découlent de dyspareunies initiales
- Causes gynécologiques : traumatismes obstétricaux, chirurgie pelvienne, IVG, infections ...
- Causes anatomiques : Malformations hyménales, hypoplasie vaginale, syndrome de Rokitanski ...
- Causes digestives : Maladie de Crohn
- Cause métabolique : spasmophilie ...

Etiologies : origines multifactorielles

Causes psychologiques : la majorité des cas

- Association de plusieurs peurs : peur de la douleur à la pénétration, peur des infection sexuellement transmissibles, peur de la grossesse, de l'accouchement
- Déficit d'information sexuelle : défaut de construction de l'image mentale du vagin, méconnaissance de son anatomie génitale, trouble du schéma corporel sexué
- Vision péjorative du sexe (éducationnelle, familial ,manque d'information sexuelle, peurs de la mère , mises en garde..).
- Convictions religieuses culpabilisantes

Etiologies : origines multifactorielles

Causes circonstanciées :

- Lié a un traumatisme psycho-sexuel (viol, rapport sexuel effectué sous la contrainte ou sous l'intimidation, exhibitions, propos pornographiques....)
- Réaction de protection contre quelque chose qui est perçu comme menaçant tant sur le plan sexuel que sur le plan de l'intimité en général

Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. Psychotherapy and psychosomatics 1989. 52 (4):187-204

Causes psychopathologiques :

- Symptôme de conversion
- Association a d'autres troubles phobiques (phobies sociales...) dans un contexte de panphobie
- Association de troubles : Dépression, anorexie

Personnalités

Profils psychologique des femmes selon Friedman

	Traits de caractères	Conception de l'acte sexuel	Partenaire
La Belle au bois dormant	Femme enfant	Jeu fraternel	Pénis à l'origine de fantasmes terrifiants du fait de sa taille démesurée par rapport au vagin
Brunehilde la guerrière	Agressive et dominatrice	Combat de sexe. La féminité, indice de faiblesse et de passivité créé l'angoisse	Homme effacé dont la supériorité n'est reconnue dans aucun domaine
La Reine des abeilles	Désir d'être mère dépasse celui d'être femme	Nécessité pénible et humiliante pour devenir enceinte	Seringue à insémination

Le partenaire

- Dysfonction sexuelle lui-même DE, EP (50 % des cas)
- Education rigide
- Homosexualité latente (6% des cas)
- Désintérêt pour la sexualité adulte
- SOUVENT DOUX, timide, PEU PENETRANT, maladroit
- Parfois trop attentif et donc source d'angoisse
- « le choix de partenaire n'est ni neutre ni du au hasard »

Grafeuille N., AIHUS 2009, On ne peut me pénétrer. Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle

Diagnostic différentiel : Dyspareunie

- La contraction est-elle secondaire à la douleur ?
- La douleur résulte t-elle du spasme ? Ou les 2 ?

Ng, M. L. Treatment of a case of resistant vaginismus using modified Mien-ling. Sexual and Marital Therapy, 1993, 7, 295-299.

- La différence entre contracture et douleur est difficile à faire pour la majorité des femmes
- C'est la composante comportementale qui fait la différence = les vaginiques présentent plus d'anxiété, plus de peur et un évitement plus important de la pénétration que les dyspareuniques ou les femmes sans douleur.

Riessing ED. et al. Vaginal spasms, pain, and behavior : An empirical investigation of the diagnosis og vaginismus. Archives of sexual behaviour. 2004 (33)5-17.

Prise en charge

- Approche psycho. *J. Mignot*
- Approche corporelle. *C. Fabre Clergue*
- Approche médicamenteuse par toxine botulique. *S. Abraham*