

MINISTERE DE LA SANTE

REGION LORRAINE

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE
NANCY

**DYSFONCTION SEXUELLE : PLACE DU
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE EN TREIZE
EXEMPLES THERAPEUTIQUES**

Mémoire présenté par **Sophie ZIRABE**,

étudiante en 3^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

2013- 2016

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION :	1
2. RAPPELS :	2
2.1. Définitions :	2
2.1.1. Vaginisme :	2
2.1.1.1. Primaire :	2
2.1.1.2. Secondaire :	2
2.1.1.3. Traitement :	3
2.1.2. Dyspareunies :	3
2.1.2.1. Superficielles ou d'intromissions :	3
2.1.2.2. De présence :	3
2.1.2.3. Profondes :	3
2.1.3. Vulvodynie :	4
2.2. Anatomie :	4
2.2.1. La vulve :	4
2.2.2. Les muscles périnéaux :	6
3. METHODE :	8
4. RESULTATS :	9
4.1. Epidémiologie :	9
4.2. Le bilan :	9
4.2.1. Clinique :	9
4.2.1.1. La vulvodynie :	9
4.2.1.2. La dyspareunie :	11
4.2.1.3. Le vaginisme :	11
4.2.2. Les moyens d'évaluation :	12
4.3. Les moyens de prise en charge :	14
4.3.1. Médicaux et pharmacologiques :	14
4.3.2. Autres :	15
4.3.3. Kinésithérapiques :	15
4.3.3.1. L'éducation :	16
4.3.3.2. Proprioception :	16
4.3.3.3. Le toucher thérapeutique :	17
4.3.3.4. Le massage :	18
4.3.3.5. Les étirements :	18
4.3.3.6. Le biofeedback :	19
4.3.3.7. Stimulation électrique nerveuse transcutanée (TENS) :	19

4.3.3.8. L'électrostimulation :	20
4.3.3.9. Les ultrasons :	20
4.3.3.10. Les exercices de Kegel :	20
4.3.3.11. Les dilateurs vaginaux :	21
4.3.3.12. La thérapie manuelle (TM) :	21
4.3.3.13. Détente globale (relaxation) :	22
4.3.4. Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire :	22
4.4. Les raisons du manque de consultation :	22
5. FORMATIONS DISPONIBLES :	24
6. DISCUSSION :	25
7. CONCLUSION :	29

BIBLIOGRAPHIE

RESUME

Les troubles de la sexualité tels que le vaginisme, la dyspareunie et la vulvodynie restent des sujets tabous chez la femme. Pourtant, ils ont une forte influence sur l'estimation de leur qualité de vie. En dehors d'une minorité d'experts en sexologie, les professionnels de santé ne sont pas assez formés à leur prise en charge et il est difficile pour les thérapeutes comme pour les patientes d'aborder ce sujet.

Nous avons, dans ce travail, effectué une recherche bibliographique pour tenter de savoir si le masseur-kinésithérapeute pouvait être un acteur de la détection et de la prise en charge de tels troubles. Il en ressort qu'il a un rôle décisif à jouer. Nous proposons un panel de treize techniques en mesure de venir en aide à des patientes atteintes de ces troubles.

Si la pratique tend à appuyer le bien-fondé de ces techniques, elles restent cependant insuffisamment étudiées et n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité.

Néanmoins, des études émergent sur de nouveaux traitements médicamenteux et sur une prise en charge de ces troubles dans laquelle les masseurs-kinésithérapeutes ont sans doute une place à tenir.

Mots clefs : dysfonction sexuelle, dyspareunie, vulvodynie, vaginisme

Key words : sexual dysfunction, dyspareunia, vulvodynia, vaginismus

1. INTRODUCTION :

La sexualité est peu abordée dans le cursus médical et paramédical bien que les connaissances diagnostiques et thérapeutiques soient indispensables. Ce mémoire traite les dysfonctions sexuelles chez les femmes de tout âge n'ayant pas de facteurs prédisposants. Nous allons tenter de mettre en lumière tant les défauts diagnostiques que les moyens thérapeutiques dont dispose le kinésithérapeute pour la prise en charge de ces troubles.

D'après l'article 5 du décret 96-879 du 8 octobre 1996, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) sont autorisés à effectuer une rééducation d'ordre urologique, gynécologique et proctologique sur prescription médicale (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libre de toute coercition, discrimination ou violence. » (2).

HOPES, une étude randomisée sur la relation entre les dysfonctions sexuelles d'une personne et son niveau de bien être, a été réalisée auprès de patients hospitalisés (3). Celle-ci démontre que pour les femmes, plus la gêne ressentie en lien avec leur dysfonction est importante, moins leur estimation de qualité de vie est bonne. Bien qu'une tendance similaire se dégage sur l'étude menée auprès des hommes, aucune association significative entre ces deux éléments n'a été retrouvée. La santé sexuelle des femmes apparaît alors comme un point essentiel au bien être de ces dernières.

Une autre étude, menée sur un faible échantillon d'étudiants de Saint-Etienne, a montré que la majorité des internes en médecine générale sondés ne se sentaient pas capables de prendre en charge les plaintes sexuelles de leurs patients, surtout par manque de formation (4). En outre, « les dysfonctions sexuelles masculines sont mieux connues et mieux prises en charge en raison de l'existence de traitements médicamenteux pour les troubles érectiles depuis un peu plus de dix ans. [...] Pour les femmes, peu d'études ont été faites, cependant les dysfonctions sexuelles féminines concerneraient 10 % des femmes d'âge moyen » (4).

Malgré une littérature relativement abondante sur le sujet, aucune étude à grande échelle n'a été menée. Ce mémoire se concentre sur les pathologies douloureuses bien que le sujet comporte d'autres volets : l'anorgasmie et l'anaphrodisie (absence de désir). Il présente une étude bibliographique des différentes pathologies que sont le vaginisme, la dyspareunie et la vulvoynie dont le fil conducteur sera la problématique suivante : « quelle est la place du kinésithérapeute dans la prise en charge des douleurs chroniques pelviennes chez la femme ? »

2. RAPPELS :

2.1. Définitions :

2.1.1. Vaginisme [(5), (6)] :

Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin (releveurs de l'anus et adducteurs), provoquant l'occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse. L'examen gynécologique est impossible (spéculum ou toucher vaginal) et pourtant les rapports érotiques sont présents avec désir et plaisir clitoridien.

2.1.1.1. Primaire :

Il est souvent d'origine psychologique. Le couple est solidaire autour du symptôme et vit une union qui peut être satisfaisante, ce qui l'amène à ne consulter que tardivement lors d'un désir d'enfant. La prise en charge est sexologique.

2.1.1.2. Secondaire :

La cause, principalement organique est recherchée par un examen gynécologique complet. Le vaginisme secondaire est généralement lié à une lésion du vagin. La pénétration est devenue impossible à la suite d'un traumatisme.

2.1.1.3. Traitement :

C'est le traitement spécifique d'une lésion organique. En l'absence de lésion organique : séance de traitement psychosomatique.

2.1.2. Dyspareunies [(5), (6)] :

Elles touchent 3% des couples. Ce sont des douleurs déclenchées lors des relations sexuelles, liées à la pénétration, ayant un retentissement sur la vie sexuelle et sur l'équilibre psychoaffectif. Les facteurs psychiques sont importants. Cette terminologie ne peut être utilisée que s'il n'existe pas d'autres dysfonctionnements sexuels primaires (vaginisme ou sécheresse vaginale par exemple).

Trois types de dyspareunies sont à distinguer.

2.1.2.1. Superficielles ou d'intromissions :

Il faut rechercher une cause anatomique ou organique.

2.1.2.2. De présence :

Symptomatologie systématiquement associée à une pathologie telle qu'une vaginite avec état inflammatoire important, une mycose associée à un prurit vulvaire, une atrophie de la muqueuse, une sécheresse pathologique des muqueuses ou un raccourcissement vaginal post-opératoire.

2.1.2.3. Profondes :

La cause de ces dyspareunies est organique. Elles peuvent être dues à une inflammation pelvienne (cervicite, annexite, cellulite pelvienne), une endométriose ou une rétroversion utérine. Il est nécessaire de réaliser une coelioscopie.

2.1.3. Vulvodynie (7) :

Ce sont des douleurs vulvaires perdurant depuis au moins trois mois, sans cause clairement identifiable et pouvant potentiellement présenter des facteurs associés. Elles ne sont pas forcément liées au rapport sexuel.

La vulvodynie est définie par sa localisation (ex : vestibulodynie), généralisée ou mixte (localisée et généralisée). Elle peut être provoquée, spontanée ou mixte (provoquée et spontanée), d'origine primaire (apparition dès les premiers rapports) ou secondaire. Elle est également définie par son modèle temporel (intermittente, persistante, constante, immédiate ou différée)

2.2. Anatomie :

2.2.1. La vulve [(8), (9)] :

C'est l'ensemble des organes génitaux externes féminins (fig. 1), divisible en parties érectiles et non érectiles :

Parties non érectiles :

- Le mont de venus : zone grasseuse en forme de triangle inversé, recouverte de poils, représentant l'aspect antérieur de l'os pubien.
- Les grandes lèvres : zone cutanée grasseuse proéminente s'étendant de la partie supérieure du capuchon du clitoris jusqu'à la fourchette où elles rejoignent les petites lèvres. Chez l'adulte leur face externe est pigmentée et contient beaucoup de glandes et de poils pubiens, tandis que l'intérieur est rose, lisse et glabre. Leur longueur moyenne est de 7 à 12 cm.
- Le vestibule : il s'étend de l'hymen à la limite des petites lèvres transversalement et du frein du clitoris à la fourchette longitudinalement. Il contient l'orifice vaginal, le méat urinaire externe, les bulbes vestibulaires, les orifices des glandes de Bartholin et ceux de nombreuses autres glandes vestibulaires.

Parties érectiles :

- Les petites lèvres : s'étendent du frein du clitoris à la fourchette. Elles sont pigmentées, glabres, riches en terminaisons nerveuses, récepteurs sensoriels et capillaires sanguins. Elles se situent en dedans des grandes lèvres et délimitent le vestibule. Il existe de nombreuses variations de la taille des petites lèvres, leur longueur peut aller de 2 à 10 cm et leur largeur de 0,7 à 5 cm. Elles peuvent être asymétriques voire présentes en double de l'un ou des deux côtés.
- Les bulbes vestibulaires : organes érectiles situés de chaque côté du vagin, se rejoignant antérieurement.
- Clitoris : composé de six éléments principaux : le gland, les ligaments suspenseurs, le corps, la racine, les piliers et les bulbes du vestibule. Il est innervé par le nerf pudendal (via le nerf dorsal du clitoris) au niveau cutané et par le nerf caverneux au niveau viscéral.

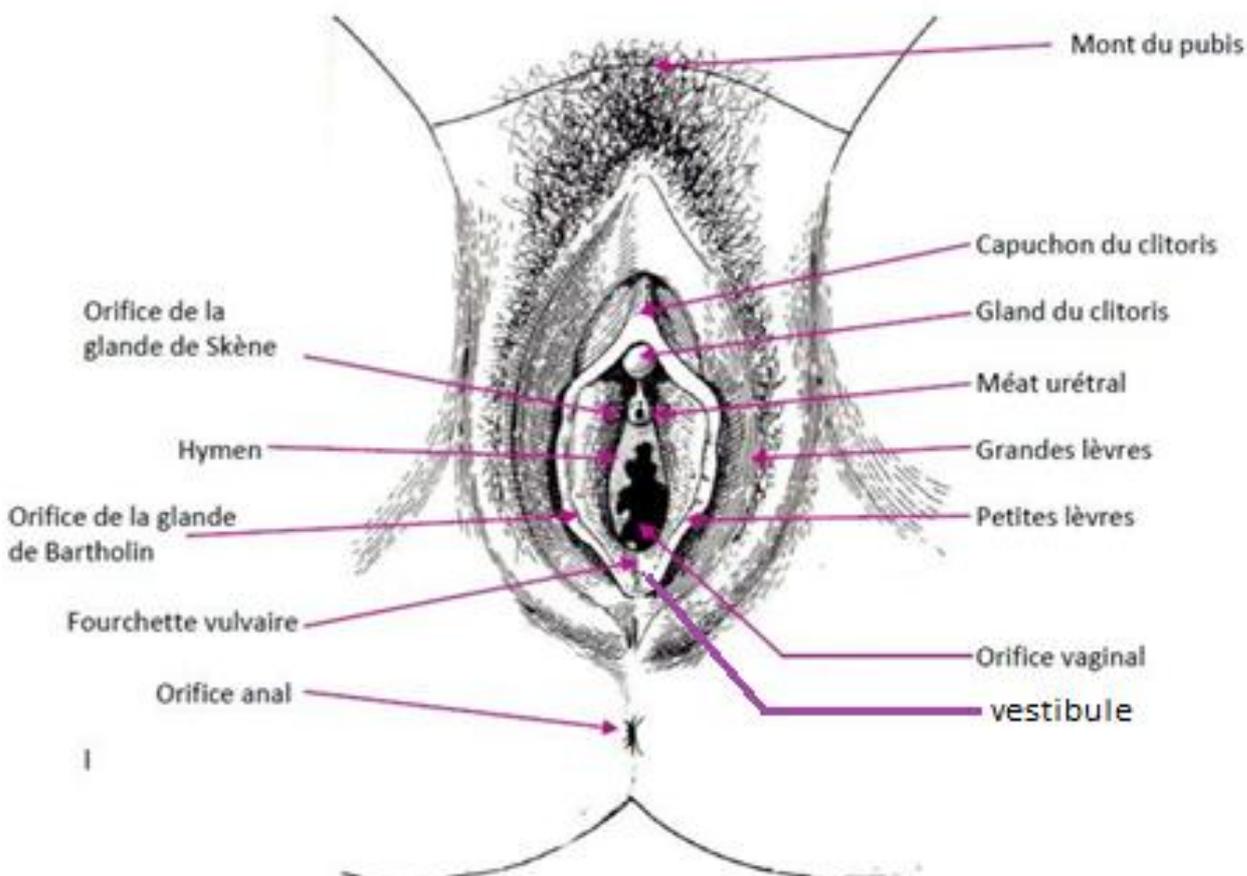


Figure 1 : anatomie génitale féminine externe (9)

2.2.2. Les muscles périnéaux (9), (10) :

Le périnée (fig. 2) est composé de trois plans musculaires :

Le plan superficiel :

- Muscle ischio caverneux : pair et symétrique. Il s'insère sur la branche ischio pubienne ascendante, en avant de la tubérosité pour se terminer au niveau du pilier du clitoris.
- Muscle bulbo-spongieux : pair et symétrique. Il s'insère en arrière du centre tendineux du périnée (raphé ano-vulvaire) et se termine au niveau du clitoris par deux faisceaux. Le faisceau antérieur se fixe au ligament suspenseur du clitoris et le postérieur s'insère face dorsale du clitoris.

Ces deux muscles ont un rôle dans la fonction érectile : ils chassent le sang dans les organes érectiles et tractent la base du clitoris.

- Muscle transverse superficiel : pair, mince et inconstant, souvent confondu avec le transverse profond. Il prend son origine à la face interne de la branche ischio-pubienne et se termine sur le centre tendineux du périnée.
- Muscle constricteur de la vulve : mince et inconstant. Il s'insère en arrière du centre tendineux du périnée pour se terminer dans l'espace uréthro-vaginal.
- Le sphincter externe de l'anus : constitué de deux arcs se réunissant en avant et en arrière.

Le plan moyen : il n'existe qu'à la partie antérieure du périnée.

- Muscle transverse profond : pair, symétrique, aplati et de forme triangulaire. Il s'insère sur les branches ischio-pubiennes et se termine sur le centre tendineux du périnée. Quelques fibres se prolongent à la paroi musculaire du vagin.
- Sphincter externe de l'urètre : il est constitué de deux plans fibreux qui entourent totalement l'urètre et se prolongent au niveau des parois vaginales et du centre tendineux du périnée.

Le plan profond :

- Élévateur de l'anus : pair et symétrique. Il est constitué de quatre lames tendineuses : deux internes (pubo-vaginal et pubo-rectal) et deux externes (pubo-coccygien et ilio-coccygien). Chaque muscle part de la face postérieure de la symphyse pubienne pour se terminer sur le raphé ano-coccygien et les fibres longitudinales du rectum.
- Muscle ilio-coccygien : lame musculaire triangulaire en arrière de l'élévateur de l'anus. Il s'étend de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et du coccyx.

Le centre tendineux du périnée : noyau fibro-musculaire sous-cutané vers lequel convergent la plupart des muscles du périnée. Il joue un rôle de soutien des organes pelviens. L'insertion des faisceaux pubo-rectaux du muscle élévateur de l'anus assure la fermeture postérieure de la fente urogénitale et l'élévation de la fourchette vulvaire lors de leur contraction. Il est important pour la statique pelvienne car il présente un support pour le vagin et l'utérus. Toute atteinte (notamment suite à l'accouchement) prédispose au développement d'un rectocèle.

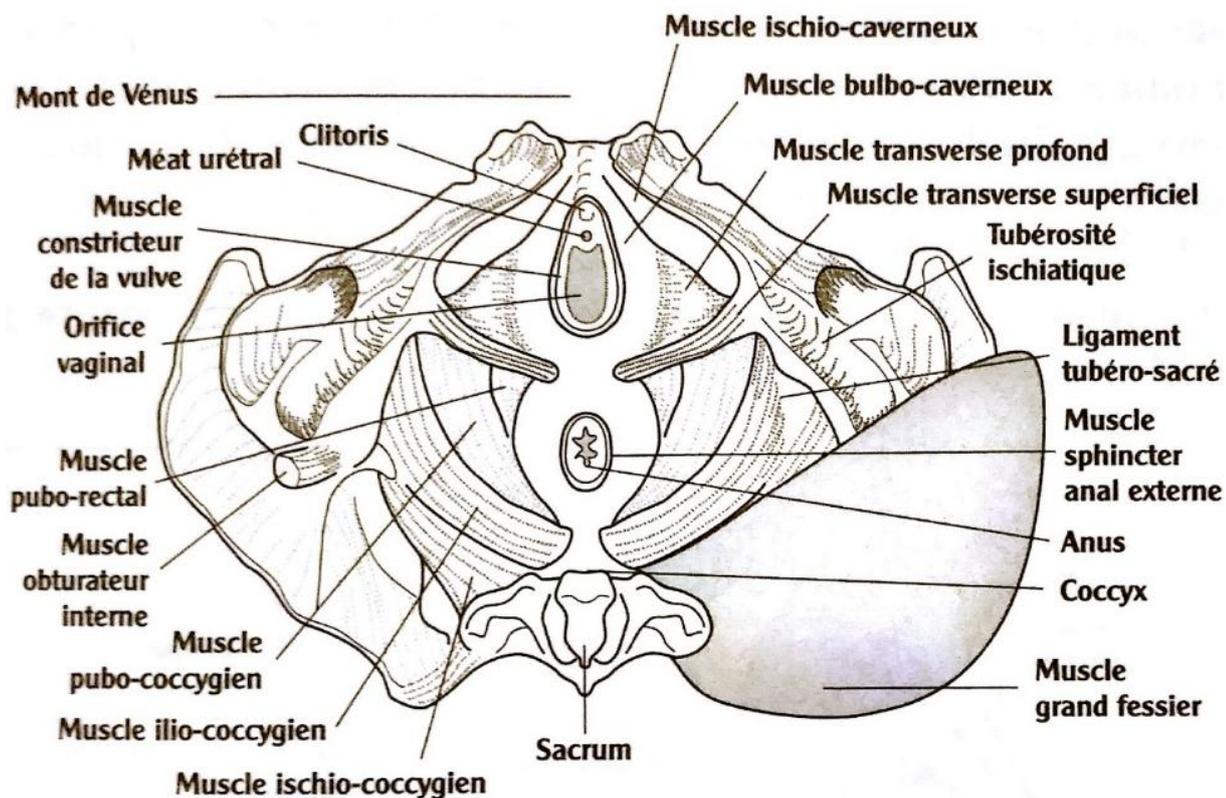


Figure 2 : coupe anatomique du plancher pelvien féminin (11)

Innervation : le nerf pudendal est le principal nerf sensitif et moteur du périnée. Il naît de la partie antérieure des racines sacrées de S2 à S4 et se termine par trois branches : le nerf rectal inférieur, le nerf périnéal et le nerf dorsal du clitoris.

3. METHODE :

Ce mémoire repose sur des articles publiés de janvier 2005 à mars 2016 (annexe I). Ceux concernant l'incontinence urinaire et les prolapsus ont été directement écartés. Ceux traitant uniquement des troubles sexuels secondaires à la ménopause, au post-partum, à des troubles métaboliques (diabète, ...), aux troubles psychiques (dépression, ...) et aux troubles neurologiques (sclérose en plaque, tétra/paraplégies, ...) n'ont pas été retenus. Ce mémoire se concentre sur les dysfonctions sexuelles chez la femme de manière générale (ménopausée ou non, nulli, primi ou multipare) n'ayant à priori pas de terrain favorisant les dysfonctions sexuelles et chez qui elles ne seraient en conséquence pas recherchées ni évoquées par le praticien au cours d'un examen de routine.

Les mêmes mots clés ont été utilisés pour tous les moteurs de recherche.

- Pubmed : ajout de la mention « *AND physiotherapy* », des filtres ont été ajoutés pour ne garder que les articles concernant les femmes, en anglais et français.
- Science direct : ajout des mentions « *AND physiotherapy* » et « *AND women* »
- PeDRO : ajout de la mention « *AND women* »
- Kinédoc : recherche avec les mots clefs « dysfonction sexuelle » (et « dyspareunies » mais les mêmes articles ont été retrouvés), « troubles sexuels », « vulvodynie » et « vaginisme ». L'emploi du terme « douleurs pelviennes » amène à des résultats sur la lombalgie ou des doublons avec les termes précédemment employés.

Des ressources complémentaires ont été utilisées pour la recherche d'informations diverses (définitions, échelles, ...).

4. RESULTATS :

4.1. Epidémiologie :

2 à 16 % de la population mondiale serait concernée par les douleurs pelviennes chroniques [(12), (13)]. Une étude (14) rapporte que 25 à 63 % de la population féminine serait concernée par les dysfonctions sexuelles. Une autre estime leur incidence à 39 % (15) avec comme plaintes principales le manque de désir et la dysfonction orgasmique. En France, 10 à 23 % des femmes feraient l'expérience de rapports douloureux [(4), (16)]. Ces différences de résultats sont liées aux divergences de définitions entre les pays. De plus, certaines patientes considèrent comme normal une douleur lors de la pénétration vaginale (pénienne ou par tampon) car elle n'ont pas conscience du fonctionnement normal que devrait avoir le périnée (17).

4.2. Le bilan :

4.2.1. Clinique :

Dans les pathologies de douleurs chroniques pelviennes, la dysfonction sexuelle est souvent le motif amenant à la consultation initiale, bien que les composantes psychiques, sociales et familiales soient également impactées (18). De plus, les muscles du plancher pelvien seraient indirectement innervés par le système limbique et très réactifs aux états et stimuli émotionnels (19). Plus que le genre du patient, la localisation et l'intensité des douleurs seraient prédictifs du niveau de dépression, de l'impact physique et du phénomène de dramatisation (20).

Elles peuvent affecter les femmes de tout âge, de l'adolescence jusqu'à la post-ménopause.

4.2.1.1. La vulvodynie :

Elle serait la première cause de dyspareunies pré-ménopause (21) et affecterait 16 % des femmes (22). Dans 20 % des cas, elles sont primaires, ce qui constitue un facteur de gravité (23). Bien qu'aucune étiologie ne soit connue, une étude a comparé la réaction des muscles du plancher pelvien entre les patientes ayant une vestibulodynie provoquée et un groupe témoin. Celle-ci

suggère qu'il existe une altération de la réponse à la douleur ainsi qu'une augmentation de l'activité musculaire chez les patientes atteintes.

La névralgie pudendale, bien qu'elle ne soit pas classifiée parmi les dysfonctions sexuelles, peut présenter des similarités avec la vulvodynie en raison de son innervation sensitive (annexe II). Ces deux pathologies ne sont cependant pas à confondre, leur prise en charge divergeant (24).

Certains facteurs de risque ont été décrits : les infections urinaires à répétition (qui pourraient être liées à l'asynergie musculaire entraînant des rétentions urinaires (25)) ainsi que la présence d'autres syndromes douloureux (exemple : fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, cystite interstitielle, lombalgie, dysfonction temporo-mandibulaire, migraines (13)). Un nombre important de facteurs associés est signe de mauvais pronostic (23). Les symptômes fréquemment retrouvés dans la vulvodynie sont des sensations de brûlures, piqûres, démangeaisons, endolorissement ou battements des tissus vulvaires (26). Une étude a montré que 61 % des patientes avec vestibulodynie provoquée avaient des dermatoses attestées par biopsie vulvaire (13).

Selon certains articles, les vestibulodynies seraient multifactorielles, impliquant différents systèmes : nerveux, musculo-squelettique, immunitaire et vasculaire (19). Les patientes atteintes présenteraient des mastocytes au niveau de leur vestibule vulvaire - signe d'une inflammation chronique -, ainsi qu'une augmentation du nombre et de la sensibilité des nocicepteurs (25) (dû à l'activation permanente des récepteurs de l'inflammation, rendant les fibres C hypersensibles (19)). L'inflammation augmenterait aussi la sensibilité à la substance P (19). La vascularisation locale serait également augmentée (25). Les femmes atteintes de vestibulodynies présenteraient un seuil de douleur abaissé quelle que soit la zone corporelle, suggérant un dérèglement sensoriel généralisé (27).

Une étude morpho-métrique a été réalisée pour comparer les muscles pelviens de femmes atteintes de vestibulodynie provoquée à ceux de femmes ne présentant pas la pathologie (21). Une sonde convexe pouvant être directement appliquée au niveau du périnée, sans insertion vaginale, a été utilisée. Ce moyen permettrait une mesure plus fiable, le tonus musculaire pouvant être augmenté uniquement en raison de la douleur ou de la crainte liée à l'insertion d'une sonde vaginale. L'étude montre que le diamètre du hiatus est significativement diminué au repos chez les femmes ayant une vestibulodynie alors qu'en contraction maximale leur déplacement musculaire est moins

important. Ce résultat suggère que les femmes avec une vestibulodynie provoquée ont un tonus de base plus important, une force moindre et peu de contrôle de leur musculature périnéale.

Cependant, il n'existe pas encore de preuves pour savoir si l'altération musculaire (hypertonie notamment) est due à la crainte de la douleur lors de l'intromission ou si elle en est la cause (28).

Une étude suggère de choisir les options de traitement de la vestibulodynie en fonction de six éléments (22) :

- la membrane muqueuse,
- le plancher pelvien,
- l'expérience de la douleur,
- le fonctionnement sexuel et relationnel,
- l'ajustement psychosocial,
- l'antécédent d'abus sexuel (si nécessaire).

Ainsi, en fonction des éléments retrouvés, la patiente peut être orientée vers les professionnels adaptés. Si aucun de ces aspects n'est impacté, la patiente pourra être orientée vers la chirurgie de vestibulectomie.

4.2.1.2. La dyspareunie :

Plusieurs étiologies sont évoquées, dont les infections, les atrophies vaginales et l'endométriose. Bien qu'ils ne soient pas décrits dans ce travail, d'autres éléments sont à rechercher, notamment les facteurs liés à l'âge et les séquelles d'accouchement (œdème, hématome, cicatrice d'épisiotomie, etc.)

L'hypertonie des muscles vaginaux pourrait entraîner une diminution de la vascularisation locale et donc de la lubrification (par transsudat) (29), entretenant un schéma douloureux et favorisant la crainte de la pénétration.

4.2.1.3. Le vaginisme :

Souvent d'origine psychique, il peut être la conséquence des dyspareunies. Les définitions actuelles reconnaissent que l'expérience de la douleur est une caractéristique principale de cette pathologie (30).

L'examen et la prise en charge seront compliqués par le spasme musculaire. L'intromission étant contrariée au début du traitement, le thérapeute devra insister sur les explications anatomiques et cheminer de façon très progressive. De plus, des douleurs ne seront pas systématiquement retrouvées lors de l'examen pelvien lorsque celui-ci sera possible, contrairement aux autres dysfonctions citées.

4.2.2. Les moyens d'évaluation :

Bien qu'ils soient médicaux, pour le diagnostic, il est important pour le MK de pouvoir attester de son efficacité.

L'anamnèse est une étape importante de la prise en charge des dysfonctions sexuelles (18). Le thérapeute doit aborder la question et interroger la patiente sur de potentiels facteurs favorisants (mauvaises expériences, éducation, ...) en veillant à n'émettre aucune hypothèse sur la présence ou non de relations ni de jugement sur les différents aspects de la sexualité (19). L'intolérance au tampon ou la douleur à l'insertion du premier tampon sont des notions importantes à rechercher (23). Les méthodes ALLOW (*Ask, Legitimize, Limitations, Open up, Work together*) et PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) (15) peuvent faciliter ce premier examen.

A ce jour, la fonction sexuelle est surtout analysée par des auto-questionnaires qualitatifs. Les questionnaires PISQ (*Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*) (annexe III) et FSFI (*Female Sexual Function Index*) (annexe IV) sont apparus comme les plus fréquemment utilisés dans les articles consultés et ont été traduits et validés en France. D'autres questionnaires existent (ex : BISF-W : *Brief Index of Sexual Functioning for Women*).

L'examen pelvien est essentiel à la prise en charge (annexe V). Cependant, suivant le vécu et le ressenti de la patiente, il devra être adapté. Le thérapeute commencera par des méthodes plus douces et la mise en confiance de la patiente si elle ne se sent pas psychologiquement prête, que le spasme musculaire est trop important ou que le ressenti des douleurs est incompatible avec l'examen. (13).

L'évaluation de la douleur se fait le plus souvent à l'aide d'un coton tige sec. Il est tout de même possible de le réaliser grâce au toucher vaginal. Toutes les parties du vagin sont explorées afin d'établir une cartographie précise des zones douloureuses. Une EVA est recueillie pour chaque zone douloureuse retrouvée (13).

L'électromyographie (EMG) périnéale grâce à une sonde intra-vaginale représente une alternative quantitative aux questionnaires. L'utilisation d'une EMG de surface au niveau des abdominaux (obliques externe et interne) (31) a été étudiée, ceux-ci se contractent lors d'un effort maximal fourni par les muscles périnéaux. Il est cependant nécessaire de tenir compte des artéfacts liés aux mouvements lors de la réalisation des contractions.

L'évaluation de la force musculaire peut se faire grâce au toucher vaginal ou rectal (17). Le testing est réalisé selon l'échelle d'Oxford modifiée (25) (annexe VI). En cas de douleurs trop importantes, une pommade à la lidocaïne peut être utilisée. De plus, l'examen palpatoire permet au thérapeute d'évaluer la symétrie et l'équilibre musculaire ainsi que la capacité de différenciation des muscles de fermeture (sphincter anal et puborectal) de ceux d'ouverture (pubococcygien et iliococcygien) (25). Aucune échelle n'existe concernant l'évaluation du tonus musculaire, ni d'études sur la fiabilité inter-thérapeute.

Si l'on considère la dysfonction sexuelle d'un point de vue musculo-squelettique, le plancher pelvien n'est plus considéré isolément mais comme faisant partie d'un ensemble travaillant en synergie au maintien du tronc, à la mobilité et à la prévention de l'incontinence. Dans ce cas il sera important d'observer la respiration, la posture, le train porteur et la marche (18). La palpation est essentielle pour rechercher les trigger point et l'hypertonie musculaire au niveau du rachis, des membres inférieurs ainsi qu'au niveau du pelvis [(18), (29)]. L'examen des dysfonctions dynamiques sur le plan postural, osseux (recherche de la mobilité au niveau du pelvis et de la coxo-fémorale) et tissulaire (abdominal, périnéal et fessier) est également important. En effet, le pelvis se trouve au carrefour des forces de pesanteur et de réaction au sol. Toute modification posturale va se répercuter sur les muscles périnéaux (32).

4.3. Les moyens de prise en charge :

4.3.1. Médicaux et pharmacologiques :

En début de rééducation, l'approche pharmacologique peut être aussi importante que l'approche non pharmacologique (26).

Dans un premier temps il peut être proposé à la patiente d'éliminer tous les facteurs pouvant favoriser les douleurs vulvaires. Il lui est conseillé de porter des sous-vêtements en coton le jour et rien durant la nuit. Il est préconisé d'avoir une hygiène stricte (pouvant diminuer les sensations de brûlures, démangeaisons, ...) tout en prévenant les excès d'hygiène. Il faut également éviter tous les contacts potentiellement irritants (colorants, parfums pouvant être contenus dans les produits d'hygiène, dans les lessives, ...) [(13),(26)]. Il est également possible d'avoir recours aux bains vaginaux de bicarbonate de soude, d'appliquer des packs de froid et d'améliorer la qualité de la peau grâce à l'application d'huile végétale (d'olive (33)).

Des pommades anesthésiantes (lidocaïne (26), baclofène topique) ou des comprimés de valium vaginaux peuvent améliorer temporairement les douleurs afin de permettre aux patientes de dépasser le phénomène de peur / évitement (34). Cependant, les études donnent des résultats contradictoires à ce sujet : certaines montrent que l'application de lidocaïne la nuit diminue la dyspareunie tandis qu'une étude randomisée a démontré une efficacité supérieure du placebo par rapport à la lidocaïne (13). Une thérapie oestrogénique locale peut être utilisée dans les dyspareunies. Pour les vestibulodynies, des traitements par anti-dépresseurs, anti-convulsivants et agents topiques peuvent être utilisés (15)

Une prise en charge psychothérapeutique peut faire la différence entre une récupération partielle et totale (34). Les comportements de peur / évitement mènent à un cercle vicieux, la peur de la douleur entraîne une contraction musculaire induisant une douleur. Cette prise en charge pourra également détecter d'éventuels autres problèmes à l'origine des douleurs ou de la crainte lors du rapport (éducation stricte, mauvaises expériences, ...).

Une thérapie cognitivo-comportementale peut également être envisagée, ainsi qu'une thérapie de couple ou sexuelle en fonction des cas.

La neuromodulation sacrée a fait ses preuves dans la prise en charge des patientes ayant une dysfonction sexuelle (35). Une prise en charge chirurgicale est possible (vestibulectomie) en cas d'échec de tous les autres traitements. Elle serait nécessaire dans 23 % des cas avec un succès rapporté entre 61 et 94 % (36).

La prise en charge des comorbidités de la vulvodynie (syndrome du côlon douloureux, syndrome de la vessie douloureuse, fibromyalgie, troubles temporo mandibulaires) jouerait un rôle dans la diminution des douleurs sexuelles (34).

Dans le cas des dyspareunies, une prise en charge efficace débute également par le traitement de la cause sous-jacente, si elle existe. Dans le cas contraire, il sera multidisciplinaire, signant « l'interdépendance des facteurs physiologiques et émotionnels » (15).

4.3.2. Autres :

L'hypno thérapie ou l'acupuncture font l'objet de plusieurs articles.

Le yoga a également fait ses preuves (37) avec une amélioration significative dans tous les domaines des fonctions sexuelles, plus importante chez les femmes considérées « âgées » (plus de 45 ans). Le mécanisme d'action, le délai nécessaire au ressenti d'une amélioration et la pérennité des bienfaits ne sont toutefois pas connus.

4.3.3. Kinésithérapiques :

Une diminution des symptômes (notamment de la douleur), une amélioration de la fonction et une confiance accrue dans l'auto-traitement sont les preuves de l'efficacité de la prise en charge (24). Les techniques retrouvées au cours des lectures semblent pouvoir s'appliquer à toutes les dysfonctions évaluées dans ce mémoire, en adaptant les techniques aux symptômes.

Dans le bilan comme dans le traitement, il est important de placer la patiente en position semi-assise de façon à ce qu'elle ait un contrôle visuel tout au long de la séance.

4.3.3.1. L'éducation :

L'éducation à la physiologie et l'anatomie de la zone pelvienne semble être un point de départ primordial au traitement de toutes les dysfonctions sexuelles féminines (11).

La patiente doit toujours sentir qu'elle a le contrôle de la séance. Parallèlement, le thérapeute doit lui fournir des explications très précises sur le déroulement de l'examen et recueillir son consentement à chaque nouvelle zone pelvienne explorée (15). Il faut mettre en place des éléments facilitateurs avec elle. Par exemple, si elle souhaite pouvoir examiner une sonde avant intromission ou qu'elle refuse de s'observer dans un miroir, il faudra respecter ses souhaits (15). Il est tout de même important d'expliquer l'intérêt de l'auto toucher et de l'observation, sachant qu'une femme sur deux ne réussira pas à obtenir une bonne contraction de ses muscles pelviens uniquement grâce aux explications orales (28). Ces techniques permettent au thérapeute d'indiquer les différentes zones génitales et leurs fonctions à la patientes [(15),(19)]. Il pourra ensuite approfondir ses explications anatomo-physiologiques des muscles du plancher pelvien via des planches anatomiques. Pour finir, il devra faire prendre conscience à la patiente de sa capacité à contrôler ses muscles grâce à tous les moyens développés dans la suite de ce travail.

Il est également important de fournir à la patiente des exercices qu'elle pourra réaliser à domicile (34), avec ou sans son partenaire (38). La vitesse d'évolution est fonction du souhait de la patiente. Elle pourra commencer par introduire un doigt ou un dilateur, puis progresser vers des mouvements et des auto-massages des parois vaginales. Ces techniques permettent à la fois une prise de conscience de la contraction des muscles vaginaux et l'apprentissage de leur détente, entraînant une amélioration de la proprioception. Une fois l'intromission des dilateurs possible (par ordre croissant de grandeur), la reprise des rapports peut être envisagée.

4.3.3.2. Proprioception :

Grâce à tous les exercices qui seront décrits, la femme prend peu à peu conscience de sa musculature périnéale, de la contraction et du relâchement.

Des études ont démontré que dans le cadre du vaginisme, le problème n'est pas uniquement lié à l'hypertonie des muscles périnéaux mais également à une dysnergie musculaire (25). La prise

en charge peut donc commencer par des exercices d'ouverture des jambes et l'observation de la contraction/relâchement musculaire dans un miroir puis par le toucher.

De plus, par crainte de la douleur, la patiente peut avoir le réflexe d'hyper-lordoser lors des rapports. L'axe du vagin n'est alors plus respecté rendant la pénétration douloureuse (29). Il faudra faire prendre conscience de la mobilité du bassin à la patiente afin d'éviter cette compensation.

4.3.3.3. Le toucher thérapeutique :

Le toucher a déjà en soi une implication dans le processus de guérison des femmes atteintes de dysfonctions sexuelles (17).

Un protocole de désensibilisation du vagin grâce au phénomène d'habituation a été étudié (38), sous forme de traitement évolutif. La patiente doit d'abord supporter un appui de la paume de la main du thérapeute tout en regardant dans un miroir, puis un appui ponctiforme à l'entrée du vagin, puis une intromission et enfin un mouvement. Cette technique se fait dans le respect de la douleur de la patiente, avec arrêt de l'appui dès que celle-ci le demande. Si cela survient, le MK peut relâcher son appui pour revenir au seuil infra douloureux tout en expliquant à la patiente les phénomènes de plasticité cérébrale. Chaque sollicitation non douloureuse crée de nouvelles associations inhibant le spasme musculaire créé en réponse au danger. Cette méthode, associée aux autres techniques de prise en charge masso-kinésithérapiques décrites dans ce travail, a permis une amélioration de la fonction sexuelle chez les femmes en ayant bénéficié.

Une étude a été réalisée sur le « toucher direct du corps » (17), comparant la prise en charge par une médecin sexuelle et une physiothérapeute sexuelle. Le but est de montrer la différence d'abord de la femme par ces deux catégories de thérapeute. Il en ressort que le médecin abordera la patiente avec un regard « biopsychologique » et physiologique tandis que le physiothérapeute évaluera d'un point de vue physiopathologique, recherchant la dysfonction (organique, nerveuse, tissulaire, ...) se traduisant par une douleur pelvienne. Cependant, la satisfaction des patientes vis à vis du traitement dépend essentiellement de l'habileté des thérapeutes à prendre le temps nécessaire pour aborder la zone pelvienne, à leur en expliquer l'anatomie et le fonctionnement et à les mettre en confiance. Donner un rôle actif aux patientes est également nécessaire. Des exercices à réaliser à domicile sont prescrits et au cours de la séance, lors du toucher, celles-ci observent dans un miroir

et sont donc incluses dans leur thérapie. Il est à noter que le MK a à sa disposition un éventail thérapeutique plus important (massage et biofeedback) (17).

Le toucher vaginal était évité dans le cadre du vaginisme pour ne pas recréer la situation de stress associée au rapport, mais de plus en plus les thérapeutes l'utilisent pour remédier à la crainte liée au toucher (30).

4.3.3.4. Le massage :

Le massage fait partie des habilités première du MK, il s'intègre donc naturellement à tous ses domaines de compétence. Le but est ici de détendre tous les tissus. Il est cependant plus efficace lorsqu'il s'accompagne de techniques myofasciales (34). Des pressions glissées bilatérales en partant du centre tendineux du périnée (32) permettent une détente des muscles élévateurs.

D'autres techniques, telles que les acupressions peuvent être classées dans cette catégorie. Ce sont des pressions au niveau des trigger points. Il existerait trois étapes à l'acupression vaginale (39) :

- Le ressenti des émotions
- La compréhension : « mettre des mots sur les sentiments », la verbalisation des sentiments permettrait de comprendre l'origine du problème
- Le laisser aller : laisser partir les attitudes et décisions négatives accumulées après le traumatisme.

Cette technique a été testée sur un échantillon de vingt patientes dans le cadre de douleurs chroniques pelviennes, de douleurs/inconforts durant les rapports ainsi que d'autres problèmes liés à la sexualité avec des résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration des dysfonctions sexuelles traitées.

4.3.3.5. Les étirements :

Des étirements doux dans les différentes directions du hiatus génital ou anal sont possibles ainsi que des techniques de contracté-relâché endocavitaire (29). Des mobilisations tissulaires douces et relâchements myofasciaux (34) peuvent également être utilisés.

Des étirements passifs et résistés sont employés pour réharmoniser la balance posturale, améliorer la circulation sanguine dans la région pelvienne et vulvaire et améliorer la mobilité vulvaire [(18), (29)].

4.3.3.6. Le biofeedback :

Plusieurs études ont montré l'efficacité du biofeedback pour les douleurs périnéales (18). Il est réalisé par l'intermédiaire d'une sonde vaginale ou d'électrodes de surface, enregistrant les contractions qui seront transmises sur un écran.

Une étude comparant la prise en charge des douleurs et des fonctions sexuelles a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'utilisation de lidocaïne ou le biofeedback (40). Cependant les deux groupes ont vu une amélioration sur les douleurs vestibulaires, la fonction sexuelle et la mesure de qualité de vie. Il serait intéressant d'évaluer ces deux traitements ensemble.

L'hétérogénéité des moyens d'évaluation et des protocoles rendent difficile l'évaluation de l'efficacité de cette technique et mènent à la conclusion que le biofeedback ne serait pas plus efficace que d'autres traitements pour les dysfonctions sexuelles (41).

Le biofeedback permettrait de diminuer l'hypertonie des muscles du plancher pelvien et d'améliorer le maintien de la contraction musculaire. De plus, le biofeedback couplé à une stimulation électrique permettraient une reprise des rapports sexuels dans le cas de vaginisme (18).

4.3.3.7. Stimulation électrique nerveuse transcutanée (TENS) :

Une étude a été réalisée sur 40 femmes ayant un diagnostic de vestibulodynie (27). La moitié d'entre elles ont reçu un traitement par TENS grâce à des électrodes situées au niveau de l'orifice vaginal, l'autre un placebo. 75 % des patientes ayant reçu le traitement ont ressenti une diminution de leurs symptômes avec maintien du gain à 3 mois quand le groupe placebo n'a vu que 25 % d'amélioration. La peau étant particulièrement fine au niveau du vestibule, le traitement n'a été appliqué que 2 fois par semaine au lieu d'une fois par jour comme habituellement préconisé. Cela permet également de minimiser les risques d'accoutumance.

Une autre étude a démontré les bienfaits de l'utilisation du TENS à domicile (22). Les patientes devaient l'appliquer 90 minutes en deux à trois fois par jour, une fois la maîtrise de la pose

acquise grâce à un enseignement par un kinésithérapeute. Après leur dernier rendez-vous, les patientes pouvaient disposer de leur TENS comme elles le souhaitaient. Une diminution significative du ressenti de la douleur à court et moyen terme (environ 10 mois) ainsi qu'une amélioration des fonctions sexuelles ont été observées. Une étude multidimensionnelle sans TENS (42) démontre que 23 % de la population étudiée a recours à la vestibulectomie. Grâce à l'ajout du TENS, seules 4 % des femmes y auraient finalement recours (22).

4.3.3.8. L'électrostimulation :

L'électrostimulation des muscles du plancher pelvien montre des effets sur l'amélioration de la force et de la fonction sexuelle, ainsi que sur la diminution de la douleur (18).

Une étude alliant biofeedback et électrostimulation a montré son efficacité pour la reprise d'une activité sexuelle dans le cas de vaginisme (36). Des électrodes de surface étaient positionnées sur les murs latéraux du vagin, accompagnées par des sondes de diamètre graduellement augmenté. Une session de traitement de 15 minutes par jour leur a été prescrite durant 12 semaines, alliant deux secondes de travail à quatre secondes de repos. Cette prise en charge était concomitante à une désensibilisation grâce à la technique des huit degrés de Kaplan (annexe VII).

4.3.3.9. Les ultrasons :

Cette méthode est fréquemment citée mais rarement décrite. Cependant, l'application de chaleur profonde produite par des vagues de fréquence traiterait les dyspareunies et la stimulation galvanique à haute tension permettrait le traitement du syndrome du releveur de l'anus (18).

4.3.3.10. Les exercices de Kegel :

Variété importante d'exercices ayant tous pour principe l'alternance de contraction et relâchement des muscles du plancher pelvien. Des études rapportent une amélioration de la fonction sexuelle sur un groupe ayant appliqué les exercices de Kegel face à un groupe témoin (31). Cependant, d'autres affirment que les exercices de Kegel ne sont pas suffisants voire délétères dans le cadre de douleurs pelviennes chroniques (18). Il faudrait que la contraction soit réalisée de façon

synergique avec d'autres muscles posturaux et qu'avant toute chose les muscles aient la possibilité de se relâcher.

4.3.3.11. Les dilateurs vaginaux :

L'intromission de bougies de diamètres croissants permet une ouverture graduelle du vagin (26). Il apparaît comme étant le traitement de choix dans le cas du vaginisme, car la contraction musculaire permanente aura induit une diminution de l'élasticité et du diamètre d'ouverture du vagin. De plus elles peuvent servir aux exercices prescrits à domicile : avec ou sans le partenaire, la patiente peut prendre un moment pour se détendre et tenter l'intromission des bougies. Elles peuvent également constituer la première étape du rapport sexuel, afin de détendre les muscles vaginaux et donc permettre la pénétration pénienne. Il est également possible de les utiliser dans le cadre d'exercices de Kegel contre résistance.

Une étude utilisant les dilateurs vaginaux comme traitement complémentaire aux techniques manuelles a montré que ceux-ci permettent une amélioration significative dans la fonction sexuelle (43).

4.3.3.12. La thérapie manuelle (TM) :

La TM a montré son efficacité (44). Elle peut être utilisée à la fois à visée thérapeutique et de maintien des gains. Des techniques de TM au niveau de l'entrée du vagin peuvent être utilisées pour agrandir cette zone et désensibiliser les parties douloureuses au toucher (18).

Elle peut également être utile pour régler les problèmes ostéo-articulaires, aider au relâchement viscéral, lutter contre les spasmes de l'obturateur interne et l'hypertonie des muscles du plancher pelvien (34).

Si après le traitement musculaire, l'amélioration des douleurs n'est pas totale, la patiente se verra proposer une rééducation posturale complète, associée ou non au port de semelles.

Une théorie a été émise plaçant les muscles posturaux, le diaphragme et le périnée dans une même chaîne musculo-squelettique (18). Au-delà de ça, nous pouvons tout de même supposer qu'un problème diaphragmatique pourra impacter toute la sphère viscérale abdominale et donc le périnée.

4.3.3.13. Détente globale (relaxation) :

Citée dans de multiples articles comme faisant partie des moyens de prise en charge efficaces en première intention, cette technique n'est pas décrite.

Dans les cas de vaginisme, le traitement visera à apprendre à la patiente à se détendre mais surtout à ressentir pleinement cette détente. En effet, les patientes atteintes de cette pathologie auront beaucoup de mal à progresser dans leur rééducation bien qu'elles soient motivées à réussir. Elles ressentiront beaucoup de stress et d'anxiété (30).

Il est possible de pratiquer la respiration abdominale pour lutter contre le stress et détendre la musculature globale (32).

4.3.4. Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire :

Les praticiens pouvant être impliqués dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles sont les gastro-entérologues, les gynécologues, les urologues, les psychothérapeutes, les sexologues et les MK (18).

Des études tendent à appuyer une approche pluridisciplinaire (42) sans toutefois pouvoir l'affirmer. Dans le cas des douleurs chroniques elle est psychologique, physique et médicale mais peu de preuves ont été apportées sur cette méthode dans le cadre spécifique de la sexualité (45).

4.4. Les raisons du manque de consultation :

Seules 1/3 des femmes souffrant de réels problèmes sexuels entament une démarche thérapeutique. Souvent les douleurs sont mal ou non identifiées et les patientes doivent passer par une multitude de consultations et praticiens avant que leur mal soit reconnu et pris en charge (29). Pourtant, des études ont prouvées que les femmes recherchaient plus une écoute et de l'empathie à leurs problèmes qu'une prescription médicale en soi (46). Le délai diagnostique est d'en moyenne cinq ans, or les patientes estiment que ce retard contribue à la sévérité de leurs symptômes (23).

Les études révèlent un manque de formation des professionnels de santé dans la réponse aux attentes des patients atteints de troubles sexuels. Ainsi, un rapport mené aux Etats Unis a montré

que 67 % des écoles de médecine programment moins de 10 heures de cours sur la sexualité (47). Du côté des thérapeutes comme des patientes, des croyances subsistent sur la difficulté de traiter les dysfonctions sexuelles, rebutant les deux partis à en parler. Certains médecins, par manque de connaissances, diront aux patientes que leurs troubles sont uniquement d'origine psychiques ou une conséquence de l'avancée en âge (47). De plus, seules 3 % des patientes parlent spontanément de leurs problèmes sexuels contre 19 % lorsque les praticiens posent des questions à ce sujet (47). 73 % des patientes sondées se disent gênées de parler sexualité et 15 % estiment qu'une baisse de leur fonction sexuelle est normale et n'estiment donc pas nécessaire d'en parler (47).

Les douleurs chroniques génitales sont souvent sous et mal diagnostiquées. Beaucoup de patientes se voient prescrire des traitements inadaptés (anti-fongiques,...) en réponse à leur douleur vulvaire avant que leur vulvodynie ne soit détectée (24). Les femmes souffrant de douleurs sexuelles n'ont souvent qu'une prise en charge partielle (traitement antalgique). Seules quelques-unes reçoivent des prescriptions pour des exercices de relaxation et de dilatation. Peu bénéficient de conseils psychologiques (48).

Une autre raison pourrait être le manque de confiance qu'ont les femmes en la thérapie physique (38). En effet, en début de prise en charge, elles la cotent à 4,9 sur une échelle de 0 à 10 mais ce résultat passe à 7,6 au bout de la cinquième séance. Pourtant, l'optimisme de la patiente vis-à-vis du résultat de la prise en charge est un facteur prédictif de réussite (46). Pour toutes les dysfonctions sexuelles, plus la notion de peur – évitement en début de prise en charge est importante, moins elle sera efficace.

Dans les cas de vaginisme, l'anxiété limite la progression des patientes, quelle que soit leur motivation. C'est pourquoi il est nécessaire de réaliser un interrogatoire détaillé et de fournir des explications précises de la thérapie pour déterminer avec la patiente le moment où elle sera prête à supporter l'examen pelvien (30).

5. FORMATIONS DISPONIBLES :

Ecole Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien (EIRPP) : « rééducation des troubles sexologiques et des douleurs pelviennes ». Deux jours de formation, une journée consacrée à la femme, une à l'homme à l'issue de laquelle une pratique sur des patientes a lieu. (prise en charge DPC et FIF PL)

Société Scientifique de Formation en Rééducation (SFER) : formation spécialisée en kiné sexologique. 3 sessions durant chacune deux jours

Kine Form : « initiation à la thérapie manuelle pelvienne », bien qu'il ne soit pas précisé pour quel type de pathologie ou dysfonction elles peuvent être utilisées.

Institut National de la Kinésithérapie (INK) : « abord de la sexualité dans le cadre de la rééducation périnéo-sphinctérienne ». Le but est « d'acquérir un certain nombre de notions fondamentales sur la sexualité pour être capable d'aborder ce sujet avec les patients et répondre à leurs interrogations dans le cadre du pré et post-partum et plus largement de la rééducation en urologie ». Possibilité de prise en charge FIF-PL ou OGDPC

Institut DE GASQUET : « prise en charge des algies pelvi-périnéales ». Prise en charge FIF-PL ou OGDPC

Cauffriez : physiosexologie

Il est également possible de suivre un DIU de sexologie

6. DISCUSSION :

Le résultat des recherches effectuées démontre le faible taux d'articles français concernant les dysfonctions sexuelles féminines. Sur les 66 articles retrouvés sur le moteur de recherche Kinédoc, seuls deux remplissaient les conditions nécessaires pour être inclus à ce mémoire. Deux autres ont été retrouvés sur les autres bases de données. Les sujets de la névralgie pudendale ou des dysfonctions sexuelles liées à d'autres troubles sont plus abordés.

Les articles rédigés en anglais concernent majoritairement la vulvodynie. Peu d'articles décrivent la prise en charge de la dyspareunie, encore moins traitent du vaginisme.

La majorité des articles trouvés sont d'autres revues de la littérature, signant le manque considérable d'études réalisées sur ce sujet. L'une des limites principales à ce mémoire est le manque de description des techniques proposées : beaucoup citent le massage, les ultrasons et la relaxation mais quasiment aucun ne propose de protocole de prise en charge. De plus les biais présents dans les études (absence de groupe contrôle placebo, échantillons faibles, ...) restent un facteur limitant pour la diffusion et la généralisation des traitements. Pour une pratique selon l'Evidence Based Medecine, les thérapeutes disposent de peu d'options. Les études concernant le biofeedback comme le TENS présentent d'autres biais. En effet, l'application des électrodes sur la peau amorce un début de familiarisation avec la zone pelvienne. Il a été également démontré que l'application de TENS entraînait un important effet placebo. Cependant la combinaison de ces différentes techniques réduit les interventions de vestibulectomie, ce qui présente en soi un intérêt suffisant au maintien de leur utilisation.

D'après les définitions utilisées au début de ce mémoire, nous pouvons constater que l'abord des dysfonctions sexuelles est encore très orienté sur le médical en France. Pourtant des études montrent qu'une prise en charge multidisciplinaire améliorerait les chances de réussite du traitement des pathologies sexuelles chez la femme.

Un consensus terminologique n'existant pas, le partage des connaissances à l'échelle mondiale est limité.

Selon une étude menée aux Etats-Unis (49), les prises en charges pour dysfonctions des muscles du plancher pelvien (quelles qu'elles soient, y compris l'incontinence) devraient augmenter de 35 % entre 2010 et 2030.

Pourtant, il n'existe aucune recommandation de la Haute Autorité de Santé sur les dysfonctions sexuelles et selon l'ISSVD le meilleur niveau de preuve pour la vulvodynie est IIa.

La plupart des preuves de la prise en charge de ces dysfonctions sexuelles sont basées sur des études cliniques descriptives, expérimentales ou des rapports d'experts (26). Elles ont donc de plus en plus tendance à être assimilées à des douleurs chroniques, par manque de connaissance (50). Mais il est difficile pour les femmes de ne pas voir reconnaître leur plainte d'un point de vue sexuel.

La prise en charge des dysfonctions sexuelles s'avère compliquée par de nombreux facteurs. Il n'existe pas d'étiologie unique et les différentes pathologies peuvent être associées : les vulvodynies sont un type de dyspareunies, les dyspareunies peuvent entraîner un vaginisme et ainsi de suite (24). Elles peuvent également mener aux autres dysfonctions sexuelles non développées dans ce mémoire : l'anaphrodisie - ou absence de désir - et l'anorgasmie. De plus, les thérapeutes ne prennent pas systématiquement en compte les retentissement possibles de leurs actes ou prescriptions médicales sur la santé sexuelle de leurs patients.

Une étude démontre que des chirurgiens orthopédiques discutent rarement voir jamais d'activités sexuelles avec leurs patients porteurs de prothèse de hanche (51). Pourtant, les articles à ce sujet sont légion et le risque ainsi que les gênes liées à la prothèse de hanche lors des rapports sont reconnues. Cela met en lumière le manque de communication sur le domaine sexuel entre thérapeute et patient. Ce phénomène s'aggrave quand aucun facteur ne laisse supposer une dysfonction à ce niveau : patientes comme thérapeutes n'oseront en parler.

Le parcours médical de ces patientes est une véritable errance thérapeutique. Elles peuvent devoir consulter de nombreux praticiens avant d'être orientée vers celui qui prendra le temps d'établir un diagnostic précis grâce à une anamnèse et un examen clinique approfondis.

Au fil des articles consultés, une notion se dégage des réponses des femmes : ces dernières « prioriseraient le plaisir de leur partenaire » au détriment du leur (50) et ne sont pas consciente de ce qu'est la normalité de leur fonction périnéale (17). De plus, il subsiste auprès de certaines femmes une attitude « passive » voire honteuse face à la sexualité, entretenue par les médias. Il est donc important de faire prendre conscience aux patientes de cette partie de leur corps ainsi que de l'implication qu'elles peuvent avoir au cours des relations sexuelles. L'observation et la palpation sont essentielles à une bonne connaissance de leur corps et de leurs muscles périnéaux. Tant que la

santé sexuelle des femmes ne sera pas mise plus en exergue, ces dernières ne pourront pas assumer leurs troubles.

L'une des limitations au bilan est l'absence de consensus pour caractériser la tonicité des muscles du plancher pelvien (spasme, hypertonicité, ...) (28). De plus, en cas de spasme infranchissable des muscles du plancher pelvien, peu de preuves sur les méthodes alternatives ont été faites.

L'étude (31) a testé la possibilité d'évaluer la contraction musculaire via des électrodes abdominales. Cette technique permettrait une mesure de la force des muscles du plancher pelvien par une méthode non invasive, qui serait notamment utile en début de rééducation en cas de douleurs trop importantes, de peur ou de spasme infranchissable empêchant l'insertion d'électrodes endovaginales. L'étude morpho-métrique (21) nous prouve que la différence de tonus de base n'est pas dû qu'à l'appréhension de l'insertion de la sonde. Le problème musculaire doit être pris en charge, qu'il soit la cause ou la conséquence des douleurs. Les exercices de Kegel semblent être une méthode adaptée à tous les problèmes musculaires, l'important étant d'adapter l'exercice au patient. Il faut insister sur le relâchement des muscles du plancher pelvien en cas d'hypertonicité, sur la contraction s'ils sont hypotoniques ou sur le contrôle en cas de déficit proprioceptif.

L'utilisation de la physiothérapie pour le traitement des vestibulodynies a montré une amélioration significative de 51,4 % chez les patientes avec augmentation du désir sexuel et de la fréquence des relations. Une autre étude a montré que l'utilisation de dilatateurs vaginaux améliorerait significativement la fonction sexuelle (12). La kinésithérapie associée à d'autres modalités de prise en charge montre des résultats encourageants qui nécessitent d'être confortés par des études plus poussées.

Il est important de voir que d'autres syndromes peuvent être reliés à la dysfonction sexuelle (fibromyalgie, ...) et que leur prise en charge peut se révéler capitale pour une récupération totale de la fonction sexuelle. Le MK devra orienter son traitement en fonction de la dysfonction organique et de la réponse physiologique à la prise en charge.

Il faut également noter que, trop souvent, le fait de traiter le problème douloureux est considéré comme suffisant pour régler le problème sexuel dans son ensemble (38). La prise en charge sexuelle ne peut pas se faire que d'un point de vue « mécanique » : la restauration de la fonction est

nécessaire mais non suffisante à la satisfaction sexuelle des patientes (52). Des désordres d'ordre psychologique ont pu impacter la femme, qu'ils soient l'élément déclencheur ou une conséquence de l'algie périnéale. L'évaluation de la fonction sexuelle est indispensable car le traitement des douleurs n'est pas toujours suffisant pour corriger la dysfonction. Dans ce cas, il faudra orienter la patiente vers un psychothérapeute.

Les études ne s'accordent pas entre elles. Certaines démontrent que la taille et le tonus vaginal n'influent pas sur la fonction sexuelle tandis que d'autres trouvent des résultats statistiquement significatifs corrélant la force des muscles du plancher pelvien (fort à modéré) et un score supérieur au FSFI (52).

Le taux de prescription de physiothérapie pelvienne par les gynécologues ou urologues pour soulager les maux de leurs patientes avant de les orienter vers une prise en charge chirurgicale n'est pas connu. Il paraît pourtant logique de « tout tenter » avant d'envisager l'opération. Ils peuvent également être gênés dans leurs prescriptions, aucune cotation n'étant prévue pour les dysfonctions sexuelles. Cela peut restreindre une telle prise en charge pour des problèmes péculniaires. En effet, seule la nomenclature « rééducation périnéale active sous-contrôle manuel et/ou électro-stimulation et/ou biofeedback » existe.

Le rôle du kinésithérapeute dans cette prise en charge est de diminuer la douleur, d'améliorer la fonction et de traiter les troubles musculo-squelettiques existants (ou de prévenir l'apparition éventuelle d'autres troubles). Il est important de noter - bien que cela ne soit pas développé dans ce mémoire - l'importance de la prise en charge masso-kinésithérapique des dysfonctions sexuelles en pré et post-opératoire lorsque cela est nécessaire (53). Il faut apprendre aux patientes souffrant de vaginisme à gérer leur appréhension. Leur peur peut être considérée comme un signe de leur volonté de réussir. Il ne faut pas les culpabiliser sur leurs ressentis mais travailler dessus, tout en leur donnant la possibilité de revenir à l'étape précédente du traitement en cas d'anxiété trop importante.

Il ressort des études que le manque de connaissance est le principal facteur limitant la prise en charge de la femme en kinésithérapie. En effet, si certains démontrent que les exercices de Kegel, s'avèrent délétères, c'est parce que la prise en charge n'est pas réalisée de façon raisonnée. Il faut adapter les exercices à un bilan précis réalisé au préalable. Tant que le MK adapte ses pratiques, son arsenal thérapeutique semble complet : le massage et les étirements en cas d'hypertonie musculaire, le renforcement, le biofeedback et l'électrostimulation pour l'hypotonie, la proprioception pour la

prise de conscience. Il apparaît tout de même nécessaire pour le kinésithérapeute de suivre une formation spécialisée sur la prise en charge des douleurs pelviennes. En effet, la formation de base ne permet pas d'appliquer de telles techniques et les formations pelvi-périnéales semblent incomplètes pour maîtriser le domaine douloureux et sexuel.

Une prise en charge multidisciplinaire paraît essentielle, les dysfonctions sexuelles requérant un traitement global. Le gynécologue écartera et traitera les symptômes autres (infections, ...) et les différents médecins spécialisés pourront traiter les comorbidités fréquentes (problèmes vésicaux et intestinaux) si nécessaire. Le psychothérapeute saura orienter la femme pour assumer ses troubles sexuels et la libérer de ses appréhensions et le MK pourra agir sur les symptômes locaux. La sexologie reste cependant la seule discipline permettant un abord global de cette pathologie.

7. CONCLUSION :

D'autres études se penchent sur l'apport que pourrait avoir la kinésithérapie sur les versants de la fonction sexuelle non abordée dans ce travail, portant sur la majoration du plaisir ainsi que du désir. Il serait intéressant de réaliser une revue de la littérature centrée sur ce sujet afin de mettre en lumière tous les moyens à la disposition des thérapeutes pour parvenir à offrir aux patientes l'accès à une sexualité épanouie. Des techniques sont également décrites dans le *Vadémécum* en cas d'aménorrhées, dysménorrhées, etc. Des techniques de thérapies manuelles seraient également utilisables pour traiter des problèmes de fertilité. Les compétences du MK dans le domaine sexuel sont potentiellement très étendues mais sous-évaluées. Des études incluant moins de biais et une population plus importante pourraient révéler tout le potentiel de cette prise en charge sous-utilisée.

Alors que la « pilule bleue » masculine est portée à l'attention de tous depuis des années, l'avancée de la prise en charge sexuelle de la femme est appuyée par l'étude d'une « pilule rose », voulant offrir à toutes les femmes une sexualité optimale.

Bien que la prise en charge au niveau de la kiné-sexologie soit considérée comme ayant un important effet placebo, les différentes études menées offrent des pistes sur la prise en charge de la douleur pelvienne chez les patientes. Le kinésithérapeute a toutes les armes en main pour pouvoir réaliser cette prise en charge de façon efficace, pour peu qu'il ose se lancer dans cette rééducation complexe et multifactorielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute - Article 5. 96-879 oct 8, 1996.
2. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
3. Kirana P, Nakopoulou E, Hatzichristou D. T09-O-24 The impact of bother from sexual problems on subjective well-being: results from the Hospitalised and Outpatients Profile and Expectation Study (HOPES). *Sexologies*. avr 2008;17:S124.
4. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. 2008;19(81):49-51.
5. Cours Item 40 sexualité normal et ses troubles [Internet]. [cité 26 sept 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item40/site/html/1.html>
6. Schmidt CW MD, Schiavi R MD, Schover L Ph D, Seagraves T MD, Wise TN MD. Troubles de la sexualité avec douleur. In: *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson; 2005. p. 617-21.
7. consensus-terminology-of-Vulvar-Pain-V5.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2015]. Disponible sur: <http://issvd.org/wp-content/uploads/2015/09/consensus-terminology-of-Vulvar-Pain-V5.pdf>
8. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am*. mars 2016;43(1):27-44.
9. Comité éditorial pédagogique de l'IVMaF. Anatomie du périnée féminin. 2011.
10. Yiu R, Costa P, Haab F, Delmas V. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog En Urol*. déc 2009;19(13):916-25.
11. Perrony Marquat G. Dysfonctions sexuelles : prise en charge en kiné-sexologie et thérapie cognitivo-comportementale. Santé Robert Jauze; 2014.
12. Itza F, Zarza D, Gómez-Sancha F, Salinas J, Bautrant E. Update on the diagnosis and treatment of vulvodynia. *Actas Urol Esp Engl Ed*. juillet 2012;36(7):431-8.
13. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline update. *J Low Genit Tract Dis*. avr 2014;18(2):93-100.
14. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):555-73.
15. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*. 1 mars 2008;77(5):635-42.
16. Duque-Ribeiro M-J. Les dyspareunies superficielles chez la femme : rôle du masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie Rev*. 2 janv 2011;11(109-110):85-6.
17. Cacchioni T, Wolkowitz C. Treating women's sexual difficulties: the body work of sexual therapy. *Sociol Health Illn*. févr 2011;33(2):266-79.
18. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med*. mars 2008;5(3):513-23; quiz 524-5.
19. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med*. mai 2005;2(3):301-16.

20. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol.* janv 2010;57(1):35-48.
21. Morin M, Bergeron S, Khalifé S, Mayrand M-H, Binik YM. Morphometry of the Pelvic Floor Muscles in Women With and Without Provoked Vestibulodynia Using 4D Ultrasound. *J Sex Med.* mars 2014;11(3):776-85.
22. Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel ILM, van de Wiel HBM, Weijmar Schultz WCM. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med.* janv 2015;12(1):228-37.
23. de Belilovsky C. Point 2013 sur les vulvodynies. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* sept 2013;41(9):505-10.
24. Nunns D. Vulvodynia management. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* mars 2015;25(3):68-74.
25. Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med.* janv 2007;4(1):4-13.
26. Shah M, Hoffstetter S. Vulvodynia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* sept 2014;41(3):453-64.
27. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* août 2008;115(9):1165-70.
28. Morin M, Bergeron S. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of dyspareunia in women. *Sexologies.* avril 2009;18(2):91-4.
29. Cornillet-Bernard M, Mourichon L. Douleur périnéale et sexualité. 9 oct 2014;(557):13-6.
30. Rosenbaum T. Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2):89-93.
31. Mohktar MS, Ibrahim F, Mohd Rozi NF, Mohd Yusof J, Ahmad SA, Su Yen K, et al. A quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: a preliminary study of the Kegel exercise. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2013;19:1159-66.
32. Grimaldi M. Le périnée féminin douloureux. SAURAMPS MEDICAL;
33. Juraskova I, Jarvis S, Mok K, Peate M, Meiser B, Cheah BC, et al. The acceptability, feasibility, and efficacy (phase I/II study) of the OVERcome (Olive Oil, Vaginal Exercise, and MoisturizeR) intervention to improve dyspareunia and alleviate sexual problems in women with breast cancer. *J Sex Med.* oct 2013;10(10):2549-58.
34. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* oct 2014;28(7):977-90.
35. Fariello JY, Whitmore K. Sacral neuromodulation stimulation for IC/PBS, chronic pelvic pain, and sexual dysfunction. *Int Urogynecology J.* déc 2010;21(12):1553-8.
36. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology.* 1 juill 2005;66(1):77-81.
37. Dhikav V, Karmarkar G, Gupta R, Verma M, Gupta R, Gupta S, et al. Yoga in female sexual functions. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 2):964-70.

38. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):306-20.
39. Ventegodt S, Clausen B, Merrick J. Clinical holistic medicine: pilot study on the effect of vaginal acupressure (Hippocratic pelvic massage). *ScientificWorldJournal.* 2006;6:2100-16.
40. Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1360-7.
41. Fitz FF, Resende APM, Stüpp L, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* 17 mars 2012;23(11):1495-516.
42. Long-Term Results of an Individualized, Multifaceted, and Multidisciplinary Therapeutic Approach to Provoked Vestibulodynia [Internet]. [cité 19 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515333968>
43. Itza F, Zarza D, Gómez-Sancha F, Salinas J, Baurtrant E. Update on the diagnosis and treatment of vulvodynia. *Actas Urol Esp Engl Ed.* juillet 2012;36(7):431-8.
44. Bergeron S, Brown C, Lord M-J, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical Therapy for Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Retrospective Study. *J Sex Marital Ther.* mai 2002;28(3):183-92.
45. Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med.* janv 2015;12(1):238-47.
46. Moyal-Barracco M, Labat J-J. [Vulvodynia and chronic pelvic and perineal pain]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol.* nov 2010;20(12):1019-26.
47. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 1 oct 2013;100(4):905-15.
48. Kirste UM, Breivik H. Genital pain related to sexual activity in young women: A large group who suffer in silence. *Scand J Pain.* 1 janv 2014;5(1):17-8.
49. Kirby AC, Lubner KM, Menefee SA. An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* déc 2013;209(6):584.e1-5.
50. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldo A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med.* janv 2013;10(1):83-93.
51. Rosenbaum TY. Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 1):645-53.
52. Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol.* 9 oct 2011;30(4):437-43.
53. Brook G, Brooks T, Coldron Y, Hawkes R, Lee J, Lewis M, et al. Chapter 27 - Physiotherapy in women's health A2 - Porter, Stuart B. In: Tidy's Physiotherapy (Fifteenth Edition) [Internet]. Churchill Livingstone; 2013 [cité 20 mars 2016]. p. 605-35. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702043444000274>

Pour aller plus loin :

54. Faton B, Hermieu JF, Cour F, Wagner L, Jacquetin B, de Tayrac R. Validation linguistique en français du Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – Révisé IUGA (PISQ-IR). Prog En Urol. déc 2013;23(17):1464-73.
55. Urofrance: Page d'accueil [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/accueil.html>
56. École de rééducation uro-gynécologique, ano-rectale et pelvienne – Lille, Nord [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.eirpp.com/>
57. SFER Société scientifique de formation en rééducation [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://sfer.be/>
58. Fknl54 - Formation kinésithérapeutiques à Nancy, en Lorraine. [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.fknl54.fr/>
59. Accueil | Kiné form [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.kine-form.com/>
60. Formation périnée pour les Masseurs, Kiné et Ostéopathes - Institut de Gasquet [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.degasquet.com/31-perinee>
61. Marcel Caufriez, techniques et gymnastique hypopressives, sexologie, uro-gynécologie, Accouchement, Kinésithérapie, post-partum [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.marcel-caufriez.net/fr/>
62. Ink [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ink-formation.com/>

ANNEXES

ANNEXE I : diagramme de flux PRISMA

ANNEXE II : schéma de l'innervation sensitive de la vulve

ANNEXE III : Pelvic organ prolapse / Incontinence / Sexual Questionnaire traduit

ANNEXE IV : Female Sexual Function Index traduit

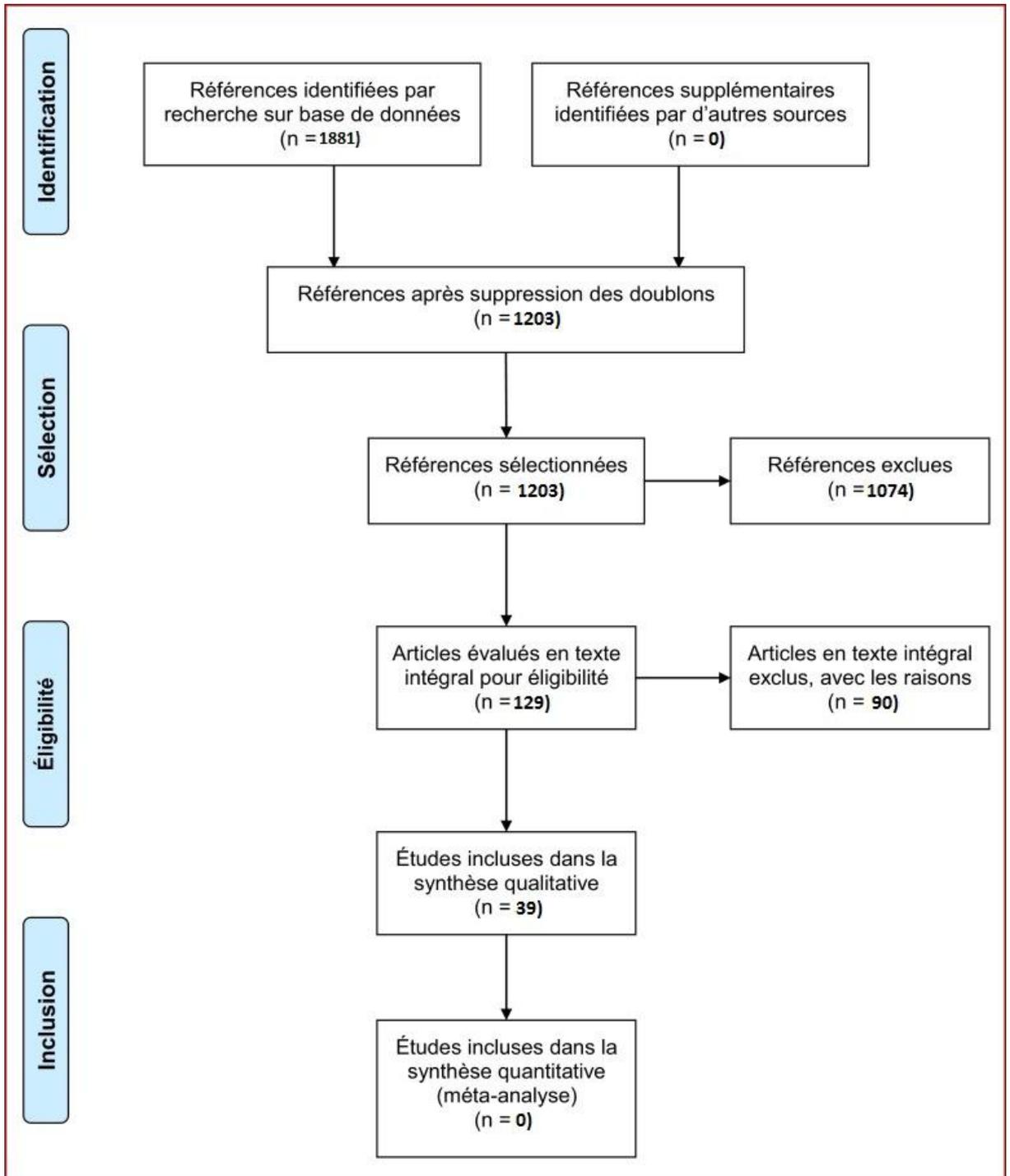
ANNEXE V : schéma diagnostique pour la vulvodynie

ANNEXE VI : échelle d'Oxford modifiée

ANNEXE VII : les huit degrés de KAPLAN

ANNEXE I

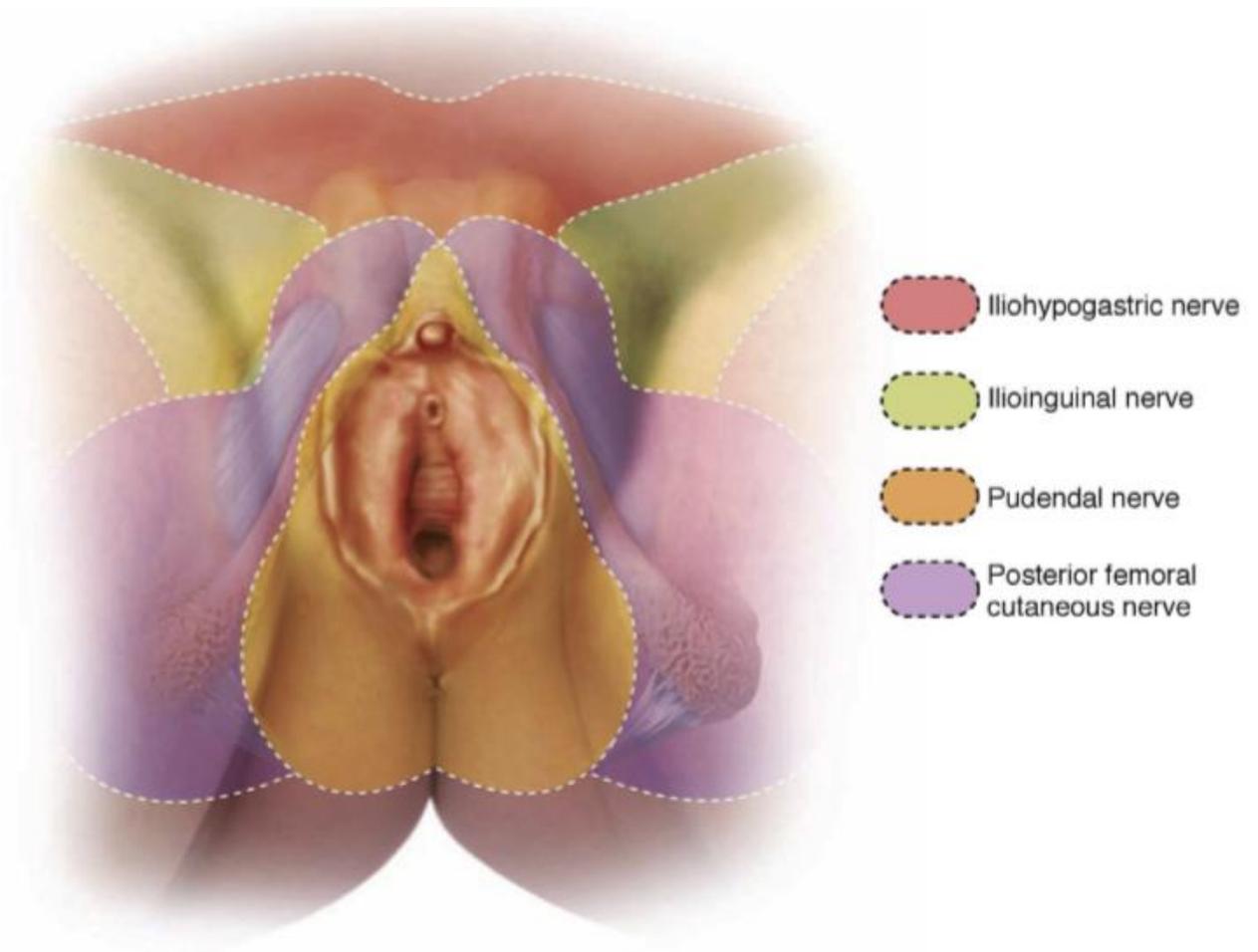
Diagramme de flux PRISMA



ANNEXE II

Schéma de l'innervation sensitive de la vulve

D'après : J. Yeung et R. N. Pauls (8)



ANNEXE III

PISQ : traduction française selon B. Fatton et al. (54)

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

Q1 Laquelle des situations suivantes vous correspond le mieux ?

Je n'ai aucune activité sexuelle 1 → Passez à la question Q2 (Partie 1)

J'ai une activité sexuelle avec ou sans 2 → Passez à la question Q7 (Partie 2)
partenaire

PARTIE 1 : POUR LES FEMMES NON SEXUELLEMENT ACTIVES

→ Si vous avez une activité sexuelle, merci de cocher cette case et passez à la Partie 2, page 3

Q2 Vous trouverez ci-dessous une liste de raisons pouvant expliquer votre absence d'activité sexuelle. Pour chaque proposition, merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non pour dire que c'est une raison de votre absence d'activité sexuelle.

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a Pas de partenaire	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b Cela ne m'intéresse pas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c En raison de problèmes de vessie ou de problèmes intestinaux (incontinence urinaire ou fécale) ou à cause d'un prolapsus (sensation ou présence d'une boule dans le vagin)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d En raison d'autres problèmes de santé	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
e Douleur	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q3 Dans quelle mesure la peur de perdre de l'urine et/ou des selles et/ou de ressentir une boule dans le vagin (descente de la vessie, du rectum ou de l'utérus) vous fait éviter ou restreindre une activité sexuelle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

Q4 Pour chacune des propositions suivantes, merci d'entourer le chiffre entre 1 et 5 qui représente le mieux la

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

façon dont vous jugez votre vie sexuelle actuelle :

	NOTE					
a. Epanouissante	1	2	3	4	5	Non épanouissante
b. Satisfaisante	1	2	3	4	5	Insatisfaisante

Q5 Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les propositions suivantes :

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a. Je me sens frustrée par ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Du fait de mon incontinence et/ou prolapsus, je me sens diminuée sur le plan sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Je suis très affectée des répercussions qu'a mon incontinence et/ou mon prolapsus sur ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q6 Dans l'ensemble, à quel point votre absence d'activité sexuelle vous perturbe-t-elle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

Fin des Items pour les femmes non sexuellement actives

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

PARTIE 2 : POUR LES FEMMES SEXUELLEMENT ACTIVES

Les questions suivantes concernent un domaine qui n'est souvent pas abordé dans un questionnaire.

Merci de répondre le plus honnêtement et le plus clairement possible.

Q7 À quelle fréquence ressentez-vous de l'excitation sexuelle (physique ou mentale), au cours d'une activité sexuelle ?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q8 Au cours d'une activité sexuelle, à quelle fréquence vous sentez-vous :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
a. Comblée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. Honteuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Anxieuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Q9 À quelle fréquence vous arrive-t-il de perdre de l'urine et/ou des selles au cours d'une activité sexuelle, quelle que soit la nature de l'activité sexuelle ?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q10 En comparaison avec les orgasmes que vous aviez auparavant, quelle est l'intensité de vos orgasmes actuels ?

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

- 1 Nettement moins intenses
- 2 Moins intenses
- 3 Même intensité
- 4 Plus intenses
- 5 Nettement plus intenses

Q11 À quelle fréquence ressentez-vous des douleurs lors des rapports sexuels avec pénétration vaginale ?
(Si vous n'avez pas de rapports sexuels avec pénétration vaginale, cochez cette case et passez à la question suivante.)

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q12 Avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) ?

- 1 Oui → Passez à la question Q13
- 2 Non → Passez à la question Q15

Q13 Avec quelle fréquence votre partenaire rencontre-t-il/elle des problèmes (absence d'excitation, de désir, d'érection, etc.) qui limitent votre propre sexualité ?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais/Rarement

Q14 Globalement, diriez-vous que votre partenaire a un impact positif ou au contraire un impact négatif sur ce qui suit ?

	TRES POSITIF	PLUTOT POSITIF	PLUTOT NEGATIF	TRES NEGATIF
a. Votre désir sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. La fréquence de votre activité sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q15 Au cours d'une activité sexuelle, vous arrive-t-il de ressentir que vous en auriez voulu davantage ?

- 1 Jamais

**PISQ-IR: Sexual Function for Women with:
POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence**

- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q16 A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel, ceci pouvant inclure l'envie d'avoir une relation sexuelle, des pensées de nature sexuelle, des fantasmes... ?

- 1 Tous les jours
- 2 Toutes les semaines
- 3 Tous les mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

Q17 Selon vous, quel est le niveau de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour le sexe ?

- 1 Très élevé
- 2 Elevé
- 3 Modéré
- 4 Faible
- 5 Très faible voire nul

Q18 Dans quelle mesure la peur de perdre de l'urine, des selles et/ou de ressentir une boule dans le vagin (prolapsus) vous fait éviter une activité sexuelle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

**PISQ-IR: Sexual Function for Women with:
POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence**

Q19 Pour chacune des propositions suivantes, merci d'entourer le chiffre entre 1 et 5 qui représente le mieux la façon dont vous jugez votre vie sexuelle actuelle :

	NOTE					
a Epanouissante	1	2	3	4	5	Non épanouissante
b Satisfaisante	1	2	3	4	5	Insatisfaisante
c En confiance	1	2	3	4	5	Inquiète

Q20 Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les propositions suivantes :

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a. Je me sens frustrée par ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Du fait de mon incontinence et/ou prolapsus, je me sens diminuée sur le plan sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Je ressens de la gêne vis-à-vis de ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d. Je suis très affectée des répercussions qu'a mon incontinence et/ou mon prolapsus sur ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

ANNEXE IV

FSFI traduit (55).

Instructions : Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

Q1 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q2 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Extrêmement sûre

4 = Très sûre

3 = Moyennement sûre

2 = Peu sûre

1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q8 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q9 Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q10 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q11 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q12 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

Q13 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q14 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q17 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q18 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q19 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Très élevé

2 = Élevé

3 = Moyen

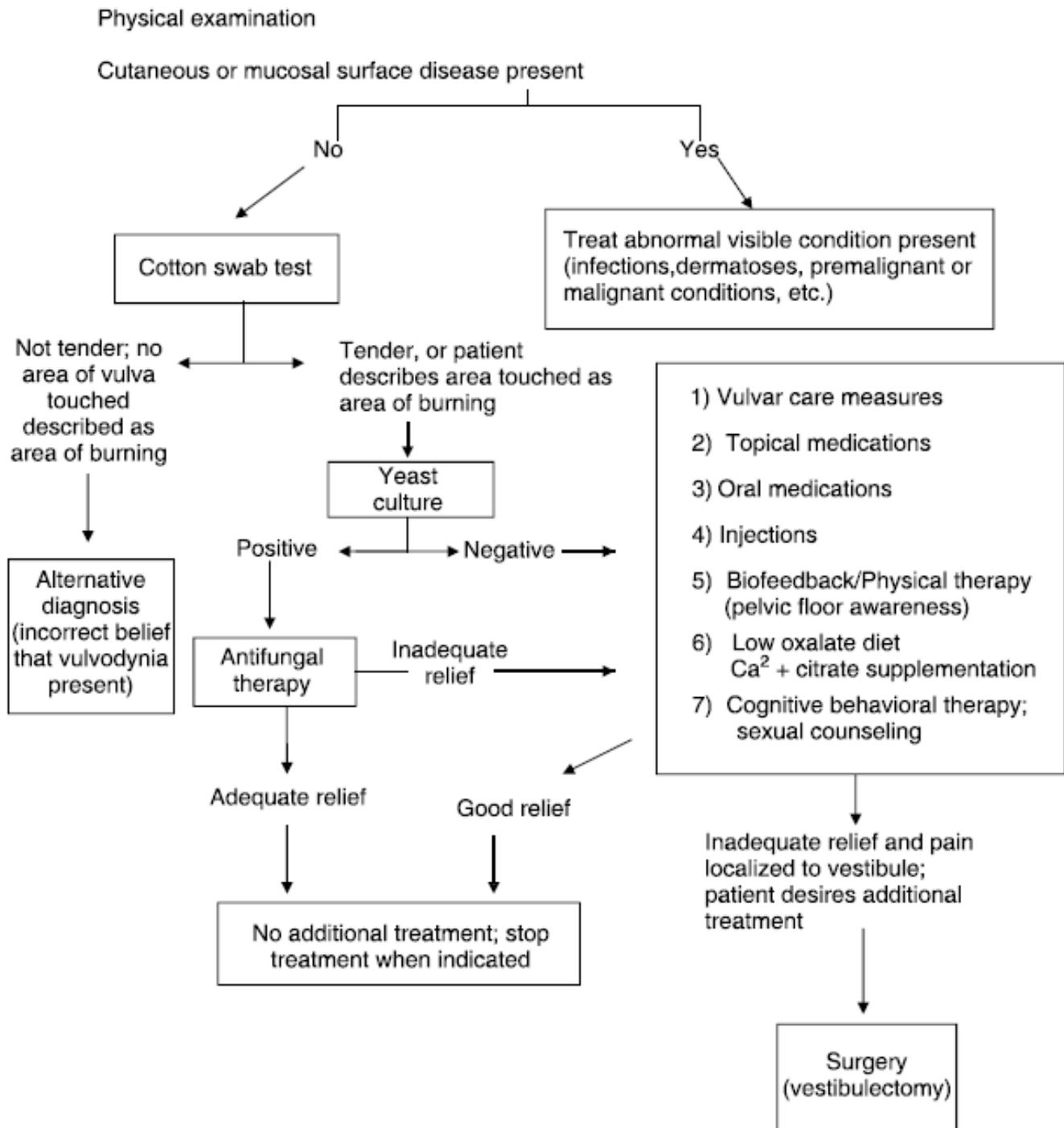
4 = Faible

5 = Très faible ou inexistant

ANNEXE V

Schéma diagnostique pour la vulvodynie

D'après Stockdale CK. et Lawson HW. (13)



ANNEXE VI

Echelle d'Oxford modifiée

0	No response
1	Flicker
2	Weak contraction
3	Moderate contraction, some degree of lift
4	Good contraction, against some resistance
5	Normal muscle contraction, strong squeeze, and lift

ANNEXE VII

Description des huit degrés de Kaplan. Décrit en 1974.

D'après Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH (36)

- 1- Placer l'index de la patiente à l'entrée du vagin ;
- 2- insérer le doigt entier de la patiente ;
- 3- insérer deux doigts de la patiente ;
- 4- le mari insert une phalange à l'entrée de vagin (la patiente guide et contrôle sa main) ;
- 5- il insère le doigt entier dans le vagin et reste dedans sans mouvements ;
- 6- il bouge doucement le doigt dedans et dehors ;
- 7- il insert deux doigts et bouge doucement dedans et dehors ;
- 8- première pénétration pénienne.

Ces exercices sont à répéter 10 – 15 minutes par jours, 5 jours par semaines.