

## Vaginisme Primaire, sexualité, grossesse et accouchement: Conduite à tenir à travers une observation avec revue de la littérature

### [ Primary vaginismus, sexuality, pregnancy and delivery: Management of this condition through a case with literature review ]

*Youssef Benabdejil<sup>1</sup>, Ihssane Hakimi<sup>1</sup>, Khalid Guelzim<sup>1</sup>, Jaouad Kouach<sup>1-2</sup>, Driss Moussaoui<sup>1-2</sup>, and Mohammed Dehayni<sup>1-2</sup>*

<sup>1</sup>Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

---

Copyright © 2015 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** The purpose of this study is to show through an observation, the difficulties encountered by physicians in the management of pregnancy with women having primary vaginismus.

**KEYWORDS:** clinical case, delivery, pregnancy, support, vaginismus, sexuality.

**RESUME:** Le but de cette étude est de mettre en évidence à travers une observation les difficultés rencontrées par l'obstétricien dans le suivi d'une grossesse chez une parturiente atteinte de vaginisme primaire ainsi que des obstacles et de la conduite à tenir au moment de l'accouchement.

**MOTS-CLEFS:** Vaginisme primaire, grossesse, accouchement, cas clinique, sexualité, accompagnement.

#### INTRODUCTION

Le vaginisme touche 1 à 2% des femmes et peu consultent. C'est pourquoi tout gynécologue-obstétricien est susceptible d'être confronté à la prise en charge d'une femme enceinte souffrant de ce symptôme. Les auteurs rapportent l'observation d'une parturiente présentant un vaginisme primaire, qui a suivi sa grossesse au sein de leur service. Toutes les causes organiques ont été éliminées. La voie basse était acceptée et la patiente a finalement accouché par césarienne devant une souffrance fœtale aigue en début du travail dans un contexte de grossesse prolongée.

#### OBSERVATION

Il s'agissait de Mme Z.A, âgée de 29 ans, institutrice dans une école primaire, mariée depuis une année. Son enfance s'était déroulée normalement. C'est la seule fille d'une fratrie de trois enfants dont elle est la plus jeune. La patiente était très proche de sa mère et décrit une grande entente avec elle. Elle a toujours entendu sa mère et ses tantes dire que le premier rapport sexuel est douloureux pour la femme et qu'elles avaient accouché sans péridurale avec une douleur qui était terrible. Son père quant à lui était décrit par la patiente comme un homme autoritaire. Sur le plan médical, la patiente n'avait pas d'antécédents pathologiques. Elle avait eu ses premières règles à 12 ans et avait eu très peur sur le coup ; Mais sa mère lui avait bien expliqué ce phénomène physiologique et naturel chez la femme. Sur le plan de l'éducation sexuelle, la patiente estimait connaître globalement la composition de l'appareil génital féminin. Par ailleurs, elle n'avait jamais eu de rapport

sexuel auparavant. Sa première tentative de rapport sexuel avait eu lieu le jour de son mariage avec impossibilité de pénétration vaginale. Les jours passent sans que la pénétration ne soit possible. Son mari reste un homme patient et très compréhensif. Il tente de lui donner des conseils pour qu'elle se détende car il sait qu'elle est de nature anxieuse. Une pénétration est alors possible sur 1 ou 2cm maximum selon elle, mais les rapports restaient très douloureux car la jeune femme restait très crispée. La patiente tombe enceinte spontanément après 4 mois de mariage. A 4 mois de grossesse avait eu lieu sa première consultation prénatale, moment qu'elle redoutait. A noter qu'elle n'avait jamais été examinée auparavant par un speculum ou un toucher vaginal. A son interrogatoire, on notait une patiente angoissée. Dès la fin de l'interrogatoire, la patiente rapportait elle-même qu'elle a des difficultés lors des rapports sexuels et qu'elle aura du mal à se faire examiner par le toucher vaginal. Après l'avoir rassurer et lui expliquer le déroulement de l'examen, elle accepte finalement de se faire examiner. L'examen des seins, de l'abdomen et l'inspection vulvo-périnéale était sans particularité. L'introduction du spéculum et le toucher vaginal étaient impossibles malgré plusieurs tentatives en douceur. Le terme de « vaginisme » est noté dans son dossier de suivi obstétrical. La patiente était alors adressée chez un psychiatre pour complément de prise en charge. Une psychothérapie a alors été mise en place avec la patiente sans nette amélioration. La patiente était examinée à chaque consultation prénatale sans speculum ni toucher vaginal. Lors d'une consultation, elle avait rapporté des leucorrhées blanc-jaunâtres sans prurit vulvaire ni brûlures mictionnelles. L'aspect de ces leucorrhées n'avait pu être déterminé vu l'impossibilité d'introduire le speculum. Un traitement probabiliste comportant une antibiothérapie par voie orale a été prescrite avec une évolution favorable. Le bilan prénatal et les échographies obstétricales étaient sans anomalies. Lors de sa dernière consultation prénatale à 37 semaines d'aménorrhée, une prescription d'hydroxyzine (Atarax\* 25 mg : 1cp avant chaque examen clinique) était faite en lui rappelant l'importance du toucher vaginal pour apprécier le début du travail. La patiente était sensibilisée du moment à consulter à la maternité et informée sur la sa date de sa grossesse prolongée. Elle consulte en dépassement du terme retenu à 41 SA+1 jour, en dehors du travail pour prise en charge de son accouchement. Là encore, l'examen clinique est impossible malgré l'hydroxyzine 25mg pris à la maison avant de partir au service de maternité. L'échographie obstétricale avait objectivé une grossesse monofoetale évolutive en présentation céphalique, une estimation du poids fœtale à 2800 g, un placenta postéro-fundique, un liquide amniotique en quantité normale et au doppler ombilical, un index de résistance à 0,58. Vu qu'elle ne contractait pas, un test de tolérance aux contractions utérines était décidé et si il est négatif, de faire un déclenchement. Le test est revenu négatif et le problème qui s'est alors posé était le moyen de déclencher la patiente vu qu'on ne pouvait évaluer le constat cervical. La pose d'une anesthésie péridurale est alors réalisée. Malgré ces mesures, le toucher vaginal est resté impossible à réaliser et la patiente agitée. Après une injection d'hydroxyzine en intramusculaire, une estimation approximative du constat cervical était faite. Il s'agissait d'un col postérieur, ramolli mi-long, la pulpe. Un déclenchement par prostaglandines était décidé devant ce score de bishop défavorable. Trois heures après le déclenchement, la patiente a commencé à contracter. Elle a rompue spontanément la poche des eaux avec issue d'un liquide teinté épais. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal a objectivé des décélérations variables marquées et prolongées et l'indication d'une césarienne pour souffrance fœtale aigue en début du travail dans un contexte de grossesse prolongée était posée. La césarienne faite sous rachianesthésie a permis l'extraction céphalique d'un nouveau-né de sexe masculin Apgar 8/10 passé à 10/10 après aspiration et oxygénation qui était réceptionné par le pédiatre. Le poids de naissance était de 2900 g. Les suites étaient simples pour la mère et le nouveau né. L'allaitement maternel a eu des difficultés à se mettre en place et la patiente était sortie après trois jours d'hospitalisation. Un rendez-vous pour la consultation post-natale lui a été donné mais la patiente n'est plus revenue.

## DISCUSSION

Le vaginisme est une dysfonction sexuelle se classant dans la catégorie des troubles de la pénétration ou dysfonctions coïtales. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV), publié par l'American Psychiatric Association, il s'agit d'un spasme involontaire, répété et persistant, de la musculature du tiers externe du vagin, survenant lors de toute tentative de pénétration (doigt, tampon, speculum, verge) [1]. Expression d'une phobie associée à la pénétration, il s'agit donc d'un symptôme psychosomatique, d'un état émotionnel dans lequel des troubles psychologiques se manifestent en une réponse physique, et non d'une maladie [2]. La contracture peut être superficielle, à l'entrée du vagin, en lien avec le faisceau externe du muscle bulbo-caverneux. De manière moins fréquente, elle peut-être profonde (contracture du muscle releveur de l'anus). Dans ce cas, une pénétration est envisageable sur 1 ou 2 cm, ce qui rend une grossesse possible. Notre patiente se trouve dans ce dernier cas de figure. Les études portant sur le vaginisme sont plutôt rares, peu de femmes consultant pour ce motif contrairement à ce qui se passe dans le cadre d'autres dysfonctions sexuelles [3].

Le vaginisme concernerait 1 à 2% de la population générale. La forme la plus fréquente est le vaginisme primaire, qui survient dès le début de la vie sexuelle [4]. C'est le cas de notre patiente. Il peut être également secondaire, généralement lié à une lésion ou à un traumatisme de type gynécologique (vaginite mycosique, vaginite à trichomonas, vaginite atrophique de la ménopause), obstétricale (déchirure, épisiotomie), iatrogène (cobalthérapie) ou psychologique (adultère, choc affectif,

décès, agression sexuelle). Le vaginisme primaire empêche toute pénétration. Cependant, une grossesse est possible par rapport sexuel incomplet, éjaculation à l'entrée du vagin sans pénétration, méthode à la seringue (ou insémination artisanale) et recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP).

Il existe différentes étiologies du vaginisme. On distingue les causes organiques qui doivent être éliminées en premier lieu puis les causes psychogènes qui sont les plus fréquentes. Les causes organiques [5] sont représentées par : une anomalie hyméale, un hymen rigide, une atrophie vaginale, l'absence de vagin, le syndrome de Rokitanski-Kusler-Hauser, une infection du col, un utérus inversé, une vulvo-vaginite ou encore une endométriose. Toutes ces causes ont été éliminées chez notre patiente. Les causes psychogènes restent complexes, elles rendent le vaginisme difficilement compréhensible au monde médical. L'histoire familiale a son importance dans la genèse de cette dysfonction. Une attitude autoritaire et oppressive de la part des parents serait caractéristique. Le père est dominant, menaçant et la relation père-fille ne présente pas assez de frontières. La mère est souvent décrite comme n'aimant pas le sexe et considérant cette activité comme une obligation. La femme vaginique est la « bonne » fille, obéissante, incapable d'exprimer sa colère, évitant les conflits, tentant de plaire et ayant un besoin constant d'approbation [7,8]. Une autre étiologie psychogène prend sa source dans les mauvaises connaissances anatomiques, le lien au corps s'en trouvant déformé. Beaucoup de femmes vaginiques sont ignorantes en ce qui concerne l'anatomie des organes sexuels féminins, même si elles ont un niveau de scolarité ou une vie professionnelle laissant supposer un bagage suffisant de connaissances anatomiques et physiologiques. Des études montrent que la femme vaginique perçoit son vagin comme trop petit et éprouve une peur panique de la perforation. Elle n'accède pas à la représentation du creux sexuel car le vagin est vu comme une frontière corporelle rigide. L'ignorance de l'anatomie génitale fait que ces femmes éprouvent des difficultés à s'imaginer l'ouverture vaginale, la dilatation des tissus, la texture de la vulve, sa mobilité, sa moiteur et sa viscosité. Ces représentations génitales sont évacuées de la conscience au schéma corporel. Pour ce qui est de la représentation du pénis, nombre de femmes vaginiques le perçoivent comme gros, trop gros, énorme, pouvant même être dangereux, à même de les blesser. Ce n'est pas le pénis comme tel qui est rejeté, mais sa capacité à pénétrer qui est imaginée comme une effraction corporelle. Ainsi, la vaginique déforme-t-elle doublement la réalité : son vagin est trop petit et le pénis est trop gros, à tel point qu'il devient une arme pouvant la détruire corporellement [8]. Une troisième étiologie psychogène est l'anxiété et la peur de la douleur. Le vaginisme constitue alors un comportement corporel global de type retrait/défense. Il ya donc phobie de la pénétration et réponse conditionnée de type pavlovien ou skinnerien [9,10].

Concernant le suivi de la grossesse chez ces femmes, les consultations prénatales (CPN) ou aux urgences constituent une épreuve pour toutes ces femmes. Plusieurs d'entre-elles décrivent la survenue d'angoisse et d'insomnies la veille de la consultation, puis d'une tachycardie avec hypersudation dans la salle d'attente. C'est le cas de notre patiente lors de sa première consultation prénatale. Il est important de remarquer, dans cette population, la forte proportion de déclenchements pour terme dépassé, comme si, inconsciemment, ces patientes ne voulaient pas accoucher. Une grande proportion d'extractions instrumentales ou de césariennes est également notée. C'est le cas de notre patiente chez qui une césarienne a été indiquée pour souffrance fœtale aigue en début du travail dans un contexte de dépassement du terme.

Le moment de la consultation prénatale représente bien souvent une épreuve pour la femme vaginique que le toucher vaginale angoisse. Une étude montre qu'il n'existe pas d'argument scientifique permettant de recommander cette pratique à chaque consultation durant la grossesse. Le toucher vaginal doit être réservé aux patientes symptomatiques. Ainsi, en dehors de toute symptomatologie, la femme enceinte souffrant de vaginisme pourrait être plus détendue lors des CPN, sachant qu'il ne constitue pas une épreuve obligatoire. De même, il est préférable de réaliser les échographies par voie transabdominale plutôt que par voie vaginale. La CPN constitue un moment important pour dépister le vaginisme, mais le temps des consultations est souvent insuffisant pour ces femmes qui éprouvent la plupart du temps des difficultés à parler de leur problème. La mise en place d'un réseau entre sages-femmes, gynécologues obstétriciens et sexologues permettrait à ces patientes de bénéficier d'un accompagnement optimal.

Il semble que la préparation à l'accouchement soit un élément important de l'accompagnement de ces femmes permettant de diminuer les angoisses relatives au déroulement de la grossesse et de l'accouchement en le personnalisant. Mais cela implique qu'elles soient orientées le plus tôt possible vers une personne qualifiée à leur écoute. Notre patiente a été adressée dès sa première consultation prénatale à 4 mois de grossesse chez un psychiatre qui a instauré avec elle une psychothérapie sans amélioration. Il serait judicieux que ces femmes effectuent des cours de préparation à l'accouchement de manière individuelle ou en petits groupes, avec des femmes ayant le même problème. Lors de ces séances, un temps suffisant pourrait être consacré à aborder l'anatomie féminine, le périnée et les mécanismes du vaginisme. Il serait ensuite possible de proposer des exercices pour qu'elles puissent prendre conscience de leur périnée et préparer au mieux le moment de l'accouchement afin que celui-ci ne soit pas vécu comme un traumatisme. Des adjuvants

thérapeutiques tels que la relaxation, la sophrologie ou l'acupuncture sont susceptibles de lui être proposés en complément. Notre patiente n'a pas subi de préparation à l'accouchement.

Si le toucher vaginal ne doit pas être systématique durant les consultations prénatales, il reste qu'il s'agit d'un examen primordial pour évaluer le début du travail et la possibilité de passage en salle de naissance. L'examineur se doit d'accorder du temps et d'instaurer un climat de confiance. Il ne faut pas imposer la position gynécologique mais plutôt opter celle de Sims (patiente en décubitus latéral, l'examineur se tenant derrière elle). Dans le cas où le toucher vaginal est impossible, ne pas connaître les causes du refus et ses racines profondes peut amener à adopter des contre-attitudes par ignorance de la problématique du vaginisme. Le comportement et les paroles de l'examineur sont pourtant essentiels pour obtenir l'adhésion de la patiente à l'examen. Concernant le spéculum, il est vécu comme un instrument « d'écartèlement vaginal ». Si son utilisation a pour but d'effectuer un prélèvement vaginal (recherche de streptocoque B par exemple), il est préférable de se contenter de laisser la patiente placer elle-même placer l'écouvillon sans utiliser le spéculum. Dans un autre cas, il faut privilégier l'utilisation d'un spéculum du plus petit diamètre possible (spéculum de « vierge ») ainsi que d'un lubrifiant, en accordant toujours le temps nécessaire à la patiente.

Le vaginisme semble être une bonne indication à l'analgésie péridurale puisque celle-ci permet d'examiner les patientes et de suivre le déroulement du travail dans de bonnes conditions. Le problème, pourra être de savoir quand poser cette péridurale dès lors que le toucher vaginal s'avère impossible. Face à cette situation, il faudra discuter en équipe entre obstétricien et anesthésiste, des bénéfices et des risques d'une pose possiblement précoce de la péridurale, en fonction de l'histoire de la patiente concernée.

Concernant la voie d'accouchement, certains pensent que le vaginisme constitue une barrière à l'accouchement par voie basse et proposent d'emblée une césarienne aux patientes vaginiques primaires, surtout si la grossesse est survenue par éjaculation à la vulve ou par la méthode de la seringue. Cependant, il est communément admis que le vaginisme n'existe que pour les actes de pénétration de l'extérieur vers l'intérieur du vagin. Il n'intervient pas lors de la phase d'expulsion de l'accouchement, par exemple.

La péridurale peut être mise en place dès le début des contractions utérines ou après apparition de quelques modifications du col. Notre patiente était en dehors du travail. Le but était d'obtenir le confort de la patiente afin de pouvoir l'examiner.

Dans la période du post-partum, la fatigue liée à l'accouchement et l'attention exclusive portée au nouveau-né font que la femme qui vient d'accoucher est, elle aussi, peu disponible sur le plan psychique pour parler du vaginisme. Ainsi, le post-partum immédiat ne représente pas la période la plus propice pour aborder la question du vaginisme et pour la prendre en charge, il est essentiel que les femmes concernées rentrent chez elle en étant détentrices d'une information, que celle-ci soit orale ou écrite. Plus tard, la rééducation périnéale constituera un moment essentiel pour expliquer ou réexpliquer l'anatomie féminine, ainsi que le fonctionnement et les rôles du périnée, et susciter une prise de conscience. De même, la consultation postnatale, réalisée dans les huit semaines qui suivent l'accouchement, est l'occasion d'aborder des questions portant sur l'intimité du couple et les difficultés éventuelles comme le mentionne la Haute Autorité de Santé [11]. Ainsi, si le vaginisme n'a pas été évoqué ou si aucune proposition de conduite à tenir n'a été envisagée en amont, pendant la grossesse ou dans le postpartum immédiat, la visite postnatale constitue, en dernière ligne, un moment propice pour envisager une prise en charge, car c'est l'occasion de réaliser un examen clinique (spéculum, toucher vaginal), mais aussi de parler de contraception et de sexualité. Une personne sensibilisée à la sexologie pourra évaluer la motivation de la patiente et l'orienter vers un sexologue si cela dépasse ces compétences.

## CONCLUSION

La grossesse est une période de bouleversements tant sur le plan physique que psychique. C'est un moment de fragilité extrême et d'incertitude qui entraîne de multiples changements : corps, statut, place et rôle au sein de la famille. Tout ces bouleversements font qu'elle ne constitue pas le bon moment pour démarrer une thérapie sexuelle. Un accompagnement personnalisé par une personne sensibilisée au vaginisme est, cependant, essentiel pour que les femmes qui en souffrent se sentent comprises et puissent accéder au statut de mère. Il est parfois possible de démarrer une thérapie comportementale pour les aider à mieux appréhender l'accouchement. La grossesse sera surtout l'occasion d'amorcer une prise de conscience et pourra déclencher une réelle motivation à une prise en charge dans le post-partum.

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## **RÉFÉRENCES**

- [1] Colson MH. Non-consommation de mariage et vaginisme.12th ISSM Congress/Séance de la société francophone de médecine sexuelle.2006 Sep 17 ; Le caire, Egypte.
- [2] Crépault C. La sexoanalyse : à la recherche de l'inconscient sexuel. Paris : Payot ; 1997.
- [3] Deutsh H. Psychologie des fonctions sexuelles de la femme. Traduction française. Paris : PUF ; 1984.
- [4] American Psychiatric Association (APA), Guelfi J et al (trad). DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson 2003.
- [5] Kröger W, Freed C. Psychosomatic aspects of frigidity.Jama.1950 Jun 10; 143(6):526-32.
- [6] Rassing, Elke D. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. J Nerv Ment Dis. 1999;187:261-74.
- [7] Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. Psychotherapy Psychosomatic. Psychother Psychosom. 1989 ; 52(4) :197-204.
- [8] Trudel G. Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des méthodes psychologiques, interpersonnelles et biologiques. 2<sup>ème</sup> édition. Sainte-Foy : Presse de l'université du Québec ; 2008.
- [9] Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Paris: Masson; 1994.
- [10] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la périnatalité. Objectifs spécifiques et contenu des séances. Recommandations professionnelles. HAS ; 2005.