

## THEMATIQUE VULVODYNIE

### FICHE PATIENTE VESTIBULECTOMIE

Les fiches thématiques élaborées sous l'égide du comité médico scientifique ont pour objectif de vulgariser des informations médicales fiables et à jour qui sont indispensables à la compréhension des syndromes douloureux périnéaux et à leurs traitements. Cette fiche donne des informations sur la vestibulectomie : des explications sur les techniques chirurgicales, les indications opératoires et les résultats attendus.

#### A qui peut s'adresser cette chirurgie

- ❖ La vestibulectomie s'adresse aux patientes présentant une vulvodynie à type de **vestibulodynie provoquée**, c'est-à-dire une douleur sans lésion visible et sans explication neurologique, localisée au vestibule vulvaire (entrée du vagin) et déclenchée par les contacts locaux, sexuels ou non.  
Elle ne s'adresse pas aux patientes qui ont une vulvodynie généralisée, c'est-à-dire dont les douleurs occupent toute la vulve.
- ❖ Avant que la patiente n'affronte cette épreuve thérapeutique, une évaluation psychologique est recommandée, afin de s'assurer de la pertinence de l'indication chirurgicale.

#### Qu'est ce qu'une vestibulectomie ?

- ❖ **Principe ?**

## FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

Lorsque la vestibulectomie est envisagée une cartographie douloureuse préalable doit être effectuée de façon rigoureuse pour ne pas laisser en place des zones hypersensibles, en particulier autour du méat urinaire.

La vestibulectomie consiste à :

- Enlever en croissant la muqueuse du vestibule vulvaire siège des zones hypersensibles
- Et la remplacer par la muqueuse vaginale disséquée, abaissée et suturée.

### ❖ **L'intervention :**

#### ▪ **Déroulement de l'intervention**

- L'intervention est faite de préférence en début de cycle, peu après les règles afin que la cicatrisation soit avancée lors de la survenue des règles suivantes.
- Une nouvelle cartographie des zones douloureuses à l'aide d'un coton tige, est faite par certains chirurgiens, alors que la patiente est sur la table d'opération prête à être endormie, pour s'assurer de faire l'ablation complète de la zone douloureuse.
- L'anesthésie est générale ou régionale (péridurale).
- Une injection de lidocaïne adrénalinée (anesthésique local + vasoconstricteur) est faite par certains chirurgiens sous la muqueuse vestibulaire et dans le périnée pour diminuer l'hémorragie per-opératoire et la douleur post-opératoire.

#### ▪ **Technique opératoire**

**(VOIR ANNEXE : illustration de la technique opératoire)**

**L'incision faite au bistouri dessine un croissant :**

- L'incision périphérique longe la ligne de Hart  
(Limite entre la muqueuse du vestibule et la peau de la face interne de la petite lèvre) puis elle longe la fourchette (limite entre la muqueuse du vestibule et la peau périnéale).
- L'incision centrale longe l'hymen  
Soit juste en dessous, dans le sillon vestibulaire  
Soit juste au dessus, dans la muqueuse vaginale
- Les cornes du croissant sont à hauteur variable :  
Soit à « 3 heures » et à « 9 heures »  
Soit plus souvent, à hauteur du bord inférieur du méat urinaire  
Soit plus haut encore, lorsque la zone hypersensible s'étend à droite et à gauche du méat urinaire.
- La dissection du croissant de muqueuse vestibulaire est faite à l'incision périphérique (ligne de Hart et fourchette jusqu'à l'incision centrale (en dessous ou au dessus de l'hymen) sur une profondeur de 2 à 3 mm.
- On enlève ainsi les glandes vestibulaires mineures présentes dans ce croissant de muqueuse vestibulaire mais on sectionne également les canaux des glandes vestibulaires majeures appelés plus communément glandes de Bartholin.

## FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

- La muqueuse vaginale est ensuite disséquée, libérée de la paroi rectale sur une hauteur de 1 à 3 cm puis abaissée pour venir prendre la place de la muqueuse vestibulaire (on exploite ainsi la grande élasticité de la paroi vaginale).
- La berge de la muqueuse vaginale et celle de la peau périnéale sont maintenues juxtaposées par des points séparés de fil fin résorbable.
- **Durée de l'intervention :**  
30 minutes en moyenne
- **Durée d'hospitalisation :**
  - L'intervention est pratiquée en ambulatoire :  
*La patiente quitte l'hôpital 3 à 4 heures après l'intervention*
  - Ou en hospitalisation : 2 jours  
*La patiente quitte l'hôpital le lendemain de l'intervention*

### Le suivi et les soins post-opératoires

La douleur et l'inconfort sont similaires à ceux d'une épisiotomie pendant 10 jours  
Les fils se résorbent et tombent spontanément, dans un délai variable selon leur durée de résorption rapide ou lent (4 à 6 semaines).

#### ❖ **Prescriptions :**

Les prescriptions habituelles préconisées comportent :

- **des soins locaux**
  - 1) savonner avec le savon usuel  
(au besoin en s'aidant d'un coton tige)
  - 2) rincer à l'eau tiède (douche)
  - 3) sécher en tamponnant avec une compresse stérile
  - 4) appliquer un antiseptiqueles soins locaux seront réalisés par la patiente 2 fois par jour pendant 3 semaines en s'aidant d'un miroir
- **des antalgiques** (et/ou un pack de glace) pour atténuer la douleur
- **un arrêt de travail** de 7 à 14 jours (selon la profession de la patiente)

#### ❖ **Suivi post-opératoire :**

- une consultation post opératoire est prévue au terme d'un délai variable (10 jours, 30 ou 45 jours le plus souvent).
- on recommande à la patiente de commencer au bout de 6 à 8 semaines à insérer un doigt puis 2 dans l'orifice vaginal et lorsqu'elle y parvient avec peu ou pas de douleurs, les rapports sexuels sont autorisés.

## FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

- pour d'autres chirurgiens, les rapports sexuels seront envisagés seulement après la consultation post opératoire, une tension musculaire persistante pouvant justifier quelques séances de relaxation périnéale avant la reprise des rapports sexuels.

### ❖ Les complications post-opératoires :

- les complications à court terme sont rares :
  - saignements, hématome
  - infection
  - désunion partielle de la cicatrice  
(suivi d'une rétraction du lambeau vaginal imposant la poursuite de soins locaux pour favoriser la cicatrisation).
- les complications à moyen et long terme s'observent dans 15 % des cas environ :
  - petit kyste du canal de la glande de Bartholin
  - fissures longitudinales parcourant le lambeau de la muqueuse vaginale abaissé
  - défaut de lubrification
  - persistance  
déplacement  
accentuation

} de l'hypersensibilité vestibulaire

*Ces complications ne comportent pas de caractère de gravité mais elles peuvent être mal vécues par des patientes déjà fragilisées par leur long parcours douloureux.*

## Les résultats

### ❖ Les études scientifiques

Les études publiées permettent de penser que la vestibulectomie a un taux de succès significatif supérieur aux autres procédés thérapeutiques : de 61 à 94 %.  
(Landry, Bergeron, Dupuis/ Pain 2008)

**Néanmoins, ces études sont imprécises sur les aspects suivants :**

- Le succès thérapeutique n'est pas défini de façon précise : sont évoquées par exemple « une amélioration globale » et /ou « une vie sexuelle satisfaisante » sans que les critères d'évaluation soient précisés.

## FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

- Bien souvent la vestibulectomie a été associée à divers traitements médicaux lors des suites opératoires rendant impossible l'appréciation précise des effets bénéfiques de la seule chirurgie.
- Les diverses études ne font pas état de résultats à long terme. En 2008, une étude comparative des résultats à moyen terme (2 ans et demi) de la kinésithérapie associée à la psychothérapie d'une part et de la vestibulectomie d'autre part, a montré des résultats comparables.

### ❖ **Les risques d'échec**

La vestibulectomie peut être suivie d'échec dans environ 10 % des cas:

- **renforcement de la douleur,**  
Généralement accompagné d'un retentissement psychologique majeur, la patiente pouvant avoir le sentiment d'avoir été « abusée » par un traitement prometteur.
- **d'un déplacement du siège de la douleur :**

Le vestibule postérieur ayant été enlevé, les zones situées de part et d'autre du méat urinaire et sur le vestibule antérieur pouvant devenir hypersensibles.

- **d'une récurrence à moyen ou long terme de la douleur**

## **Conclusion**

La vestibulectomie ne saurait être un traitement de première intention de la vestibulectomie provoquée.

Cette intervention est donc proposée après échec des autres traitements, à des patientes informées des modalités de l'intervention et de ses risques.

### **Rédaction et validation scientifique :**

**Pr B.J PANIEL , Gynécologue chirurgien, Créteil**

**Spécialiste référent des pathologies et malformations vulvo-vaginales**

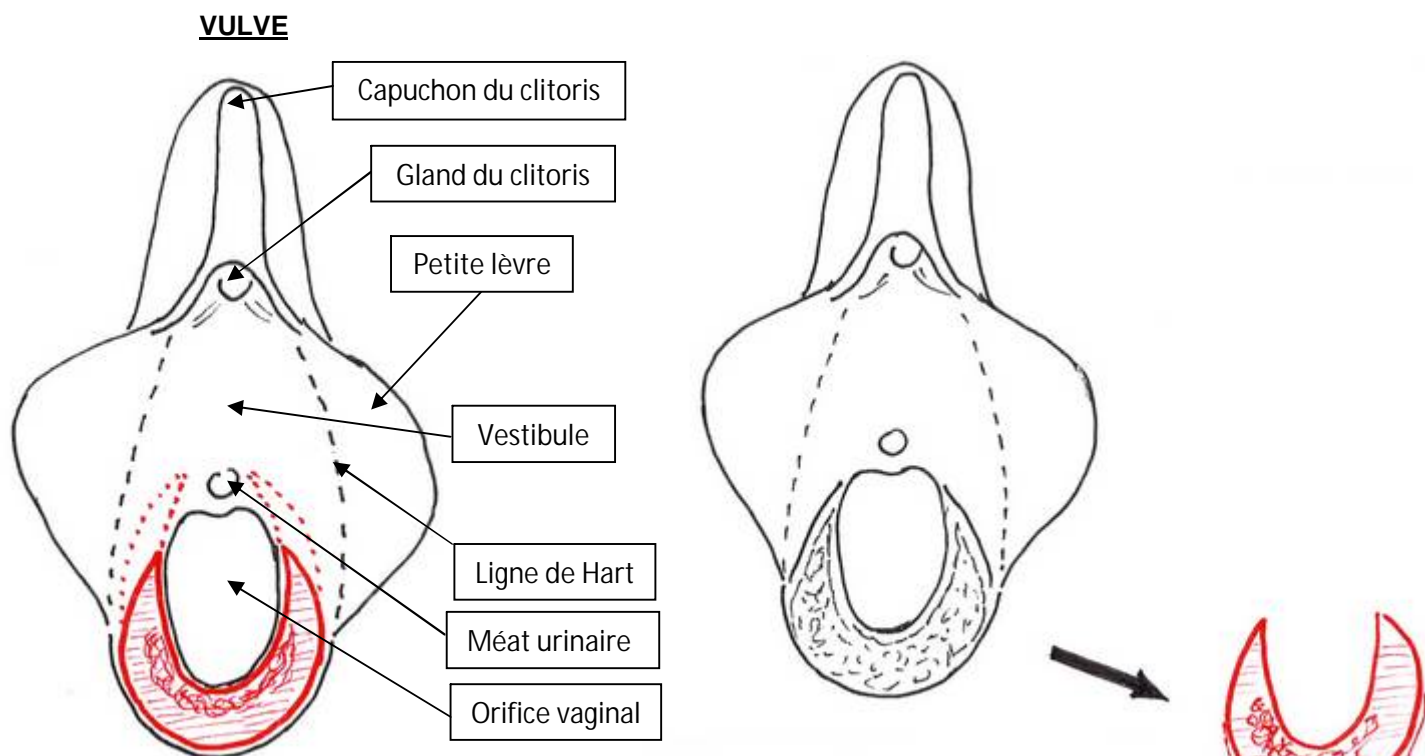
**Dr M. MOYAL BARRACCO, Dermatologue, Paris**

**Spécialiste référente des pathologies vulvaires**

**Présidente de l'ISSVD (*International Society for the Study of Vulvo-vaginal Disease*)**

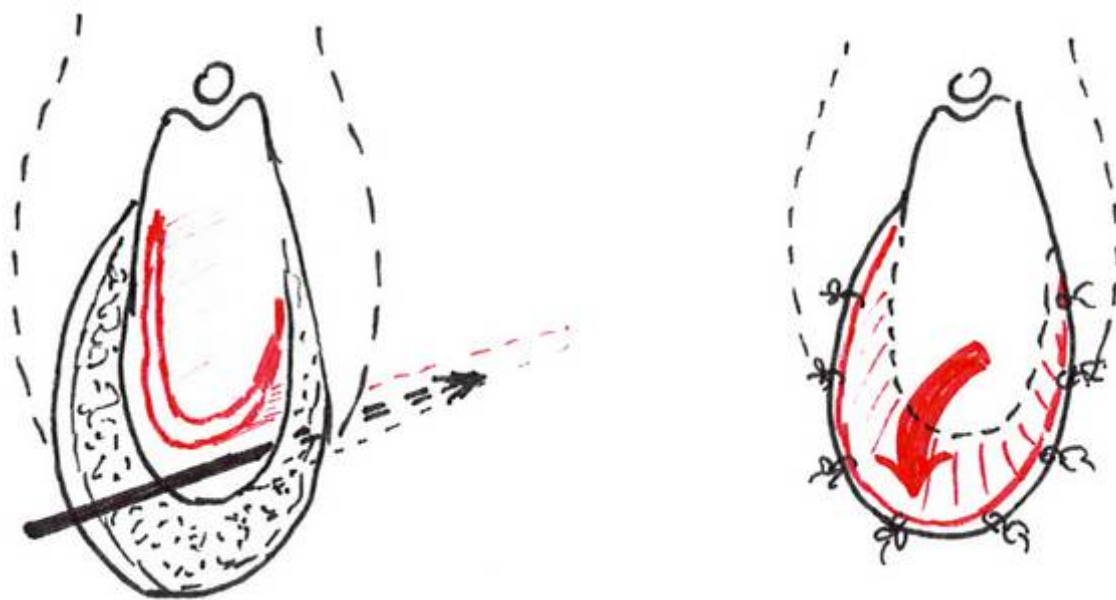
# FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

## ANNEXE : ILLUSTRATION DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE



1) Tracé du croissant de muqueuse vestibulaire à enlever emportant la zone douloureuse.

2) Ablation en croissant de la muqueuse douloureuse.



## FICHE PATIENTE : VESTIBULECTOMIE

3) Séparation entre la paroi vaginale et la paroi rectale sur 2 à 3cm.

4) Permettant l'abaissement de la paroi vaginale et ainsi le recouvrement de la zone dénudée de muqueuse vestibulaire.