

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Vulvo-périnéoplastie : indications, techniques et résultats

N. LOTERSZTAJN, P. PANEL *
(Le Chesnay)

Résumé

La vulvo-périnéoplastie est une opération chirurgicale de réparation qui a pour but de reconstituer au mieux l'anatomie de la vulve et du périnée. Ses principales indications sont les lésions obstétricales anciennes et les leucoplasies auxquelles il faut ajouter les fissures vulvaires et les vulvites vestibulaires.

Les techniques chirurgicales sont variées et adaptées aux indications.

Les résultats montrent une amélioration, tant fonctionnelle sur les dyspareunies qu'au niveau de la qualité de vie sexuelle dans environ 90 % des cas avec un faible taux d'échec et de récurrence.

Mots clés : traumatismes obstétricaux, périnée, fissures, leucoplasies, incontinence, dyspareunie, confort sexuel

* Centre hospitalier de Versailles - Service de gynécologie-obstétrique -
177 rue de Versailles - 78157 Le Chesnay

INTRODUCTION

La vulvo-périnéoplastie est une opération chirurgicale de réparation qui a pour but de reconstituer au mieux l'anatomie de la vulve et le périnée. Cette intervention, initialement décrite par Musset en 1978, avait pour but la réparation des déchirures obstétricales, principalement dans le traitement des fistules rectovaginales [1].

Depuis, les indications se sont élargies et les techniques se sont multipliées pour s'adapter aux indications. C'est de cette intervention dans toute sa diversité que nous allons présenter les indications, les techniques et les résultats.

A. INDICATIONS

Les deux principales indications sont les complications des lésions obstétricales anciennes et les leucoplasies auxquelles il faut ajouter les fissures vulvaires et les vulvites vestibulaires.

A.1. Lésions obstétricales

Le périnée est un ensemble de muscles, fascia et nerfs s'étendant entre le vagin et l'anorectum. C'est aussi un point d'attache pour les structures intervenant dans la continence urinaire et fécale, structures qui sont souvent lésées au moment de l'accouchement par voie basse. La réparation de ces lésions périnéales dues à des déchirures spontanées ou à une épisiotomie est souvent négligée au moment de la suture, ce qui peut entraîner des symptômes à long terme et une reprise chirurgicale.

Les principaux symptômes des lésions obstétricales anciennes du périnée sont les troubles de la continence urinaire et anale, les douleurs périnéales, une dyspareunie orificielle, la béance vulvaire et l'inconfort sexuel, le préjudice esthétique et les leucorrhées qui sont souvent synonymes de fistules. La prévalence de ces symptômes est rapportée dans le tableau 1 [2]. Toutefois, ces symptômes sont non univoques.

Les douleurs périnéales sont souvent trop vite attribuées à la raçon cicatricielle ; il faut cependant toujours rechercher une origine neuropathique à ces douleurs, en particulier en l'absence de lésions

Tableau 1 - Prévalence des symptômes de consultation à long terme.
D'après Ganapathy [2]

Motif de consultation / 103 patientes	n	%
Dyspareunie superficielle	49	47,6
Douleur de cicatrice vulvovaginale	19	18,5
Sténose vaginale/vulvaire ou synéchies	13	12,7
Béance vulvaire	6	5,8
Lâchage de suture d'épisiotomie/infection	4	3,9
Combinaison de symptômes	12	11,5

cliniques ou de leucorrhées et en présence de signes d'appel (douleur spontanée, permanente, à type de brûlures ou associée à des paresthésies, accompagnée parfois de décharges à tonalité électrique, s'exacerbant en position assise). En effet, ces douleurs sont principalement dues à un traumatisme du nerf pudendal dont les terminaisons se trouvent au niveau périnéal et qui est fréquemment étiré au moment de la distension périnéale dans la deuxième phase de l'accouchement.

De plus, la neuropathie pudendale est aussi un facteur étiologique des incontinences fécales et urinaires. Le traitement en est essentiellement médical avec, dans un premier temps, les médicaments antalgiques habituels, le tramadol est souvent nécessaire. Les médicaments plus spécifiques de la douleur neuropathique peuvent être essayés : les antiépileptiques sont parfois utiles, surtout si la douleur a une composante paroxystique ; les antidépresseurs sont également utilisés. La compression du nerf pudendal est accessible à une infiltration intracanaulaire de corticoïdes au siège du conflit (fosse ischio-rectale, ligament sacro-épineux). Leur efficacité, associée à une présentation clinique concordante, en l'absence de signes évocateurs de pathologie concomitante, et à une exploration électrophysiologique cohérente avec une atteinte distale focale du nerf pudendal, invite à proposer une neurolyse chirurgicale [3].

En ce qui concerne l'inconfort sexuel, il peut être lié à une béance vulvaire entraînant des bruits aériques vaginaux et une diminution de la sensation de plaisir ; il peut aussi se manifester par une dyspareunie orificielle souvent liée à des brides cicatricielles et qui nécessite le plus souvent une prise en charge chirurgicale.

Les troubles de la continence anale doivent être traités dans un premier temps par rééducation périnéale par un personnel formé et

régularisation du transit puis, en cas d'incontinence majeure, par un traitement chirurgical associant une sphinctéroplastie et une périnéoplastie [4].

Les fistules rectovaginales peuvent se manifester par des leucorrhées et nécessitant un traitement chirurgical spécifique, le plus souvent associé à une vulvo-périnéoplastie.

Le préjudice esthétique est très diversement apprécié.

A.2. Fissures vulvaires

Les fissures ont principalement deux localisations : au niveau de la fourchette postérieure et au niveau des replis cutanés, particulièrement au niveau du sillon interlabial.

- Les fissures localisées à la fourchette postérieure sont une pathologie chronique et se manifestent par des dyspareunies et douleurs résiduelles post-coïtales exacerbées au contact de l'urine, du sperme et de l'eau. Elles n'ont pas d'étiologies bien identifiées : un faible niveau en œstrogène a été évoqué ainsi que des inflammations cutanées chroniques comme le lichen plan scléreux. Des traitements comme des œstrogènes topiques, des lubrifiants avant les rapports sexuels ont été proposés, mais la chirurgie reste la meilleure option.
- Les fissures des replis cutanés surviennent principalement au niveau du sillon interlabial. Elles se manifestent par :
 - un prurit vulvaire dans le cadre d'un eczéma, d'un lichen scléreux ou d'une candidose,
 - des irritations vulvaires avec brûlures en cas de dermatose de contact, vaginite desquamative, infections bactériennes ou herpétiques, maladie de Crohn.

Elles sont exacerbées par l'activité et plus prononcées lors du contact avec l'urine, le sperme ou l'eau.

Le premier temps du traitement est médical par anti-fongiques ou corticostéroïdes et crème hydratante locale.

La chirurgie est indiquée en cas d'échec de traitement médical bien conduit [5].

A.3. Leucoplasies

Elles peuvent être isolées, en association ou en complication des fissures.

a. Les principales étiologies sont :

- le lichen scléreux hyperplasique (avec ou sans néoplasie vulvaire intra-épithéliale différenciée),
- la maladie de Bowen (néoplasie vulvaire intra-épithéliale classique ou indifférenciée),
- des lésions à HPV,
- bien que rare, un cancer invasif de la vulve doit toujours être éliminé.

b. La chirurgie se discute si :

- les lésions sont rebelles à un traitement local par dermo-corticoides de classe 1 appliqués pendant une durée minimum de 4-6 semaines.

Du bilan à la fin du traitement, la leucoplasie doit avoir complètement disparu. Si la lésion persiste, une biopsie cutanée est indiquée si elle n'a pas été réalisée précédemment.

Toute lésion persistante doit être supprimée. L'exérèse doit être préférée à la destruction au laser CO₂ car elle autorise un examen histologique en coupes saines permettant de ne pas méconnaître une invasion débutante.

Suivant le siège ou l'étendue de la leucoplasie, on peut avoir recours à une exérèse locale large ou à une vulvectomie partielle superficielle. Les divers procédés de chirurgie plastique permettent de limiter la rançon esthétique et fonctionnelle de ces exérèses.

En cas de lichen scléreux vulvaire, une surveillance prolongée est nécessaire, mais en cas de leucoplasie résistante au traitement, elle doit être particulièrement rapprochée et minutieuse.

c. Remaniements anatomiques responsables de gêne fonctionnelle.

Le lichen scléreux vulvaire détermine des remaniements anatomiques de deux ordres :

- *des synéchies principalement, c'est-à-dire des accolements de zones anatomiques contiguës normalement séparées, en raison de l'atrophie épithéliale :*
 - encapuchonnement clitoridien : il résulte à la fois de l'accolement et de la sclérose du bord libre du capuchon clitoridien et de l'accolement du capuchon au gland clitoridien,

- synéchie de la fourchette : la fourchette est réunie sur la ligne médiane par une membrane rectiligne, mince, fine, transparente, avasculaire,
 - synéchie labiale étendue : elle s’observe rarement, habituellement chez une femme ménopausée. L’atrophie postménopausique s’ajoute à l’atrophie épidermique du lichen scléreux. La coalescence des petites lèvres et du vestibule procure un aspect de vulve dépourvue de tout relief anatomique, plate, fusionnée (« fused vulva »),
 - synéchie des petites lèvres : synéchies médianes, antérieures, sous-clitoridiennes, des bords libres des petites lèvres, rares,
 - fusion des petites et grandes lèvres : petites lèvres accolées à la face interne des grandes lèvres, ce qui détermine l’effacement du relief des petites lèvres et l’oblitération du sillon interlabial.
- *des rétrécissements, des sténoses secondaires à la sclérose sous-tégumentaire :*
- sténose orificielle ou de l’introït principalement [6].

A.4. Vestibulite vulvaire

La symptomatologie est une douleur à type de brûlure localisée au niveau du vestibule sans côté préférentiel. Celui-ci est particulièrement sensible, avec une intolérance locale au moindre contact (coton-tige humide), entraînant souvent une dyspareunie sévère et l’impossibilité d’appliquer un tampon hygiénique ; l’introduction du spéculum est alors impossible. La douleur n’est pas spontanée mais provoquée par le frottement lors de la marche ou au contact du slip ou des pantalons serrés. Localement, on peut retrouver un érythème localisé visible macroscopiquement ou une simple hyperémie visible en vulvoscopie.

L’étiologie de la vestibulite vulvaire est inconnue. Plusieurs hypothèses ont été suggérées sans qu’aucune d’entre elles n’ait pu être prouvée : infection à HPV, candidose récidivante, allergie de contact, érythrodermie médicamenteuse, recours récent au traitement laser ou à la cryocoagulation, douleur médiée par le sympathique avec toutes les caractéristiques cliniques d’une causalgie.

Le traitement repose tout d’abord sur une éviction des facteurs de risque infectieux, allergiques ou irritatifs. Le recours aux traitements chirurgicaux ne doit être envisagé qu’en seconde intention : vestibullectomie ou périnéoplastie.

B. TECHNIQUES

B.1. Lésions obstétricales

B.1.a. Lésions ouvertes incomplètes, urogénitales et rupture de cicatrices de mutilations sexuelles

- En l'absence de rupture du sphincter anal : colpopérinéorrhaphie postérieure par suture des plans vulvo-vaginal et périnéal lésés après clivage rectovaginal et avivement des berges séreuses. Rapprochement sur la ligne médiane des faisceaux des muscles élévateurs si béance vulvaire associée.
- Sinon vulvo-périnéoplastie par abaissement vaginal (technique de Woodruf) : excision de la zone périnéale cicatricielle ou dystrophique puis recouvrement par lambeau vaginal abaissé [7].

B.1.b. Lésions ouvertes complètes et compliquées (orifice vulvaire triangulaire et anus béant)

- Incision transversale du lit de la bride préalablement tendue par 4 fils repères. Amorçe du clivage rectovaginal qui est secondairement mené sur une surface suffisante pour permettre l'excision des berges et une suture sans tension. Fermeture du canal anal par des points extramuqueux noués au niveau du septum.
- Réfection de l'appareil sphinctérien :
 - les extrémités rétractées du sphincter sont disséquées de chaque côté et suturées en paletot sur la ligne médiane ou chargées sans dissection : aiguille au niveau des fossettes, rétraction sous la peau des plis radiés, dirigée vers le bas puis tournée vers le haut tangentiellement à la paroi latérale myorrhaphie puis colpopérinéorrhaphie,
 - clivage rectovaginal : faire glisser l'ensemble des lésions anales au-delà du sphincter lésé, ce qui donne une réparation en amont du segment anal sain.

B.1.c. Lésions ouvertes à type de fistules

De multiples traitements sont proposés dans la cure des fistules rectovaginales, qu'elles soient d'origine traumatique, infectieuse ou inflammatoire. Cela va de la simple suture de l'orifice vaginal ou rectal (ou des deux) aux lambeaux d'avancement muco-musculaires.

• *La technique de Musset se pratique classiquement en deux temps : périnéotomie puis reconstruction du canal anal, du plan musculaire, du vagin et fermeture cutanée. Elle peut cependant être réalisée en un seul temps.*

- 1^{er} temps : cathétérisme et mise à plat de la fistule par section complète du corps périnéal. La plaie cicatrise spontanément en 6 à 8 semaines en formant une bride.
- 2^e temps : effectué environ deux mois plus tard sur une malade en position gynécologique avec sonde urinaire. Pose de fils repères : deux fils sont posés au niveau des extrémités postérieures des grandes lèvres et deux au niveau des fossettes cutanées qui repèrent les extrémités du sphincter externe sectionné lors du premier temps opératoire (au-dessus du dernier pli radié). Traction sur les fils à 45°, ce qui tend la bride cicatricielle à concavité postérieure. Incision arciforme sur la bride et dédoublement rectovaginal peu profond. Cette incision peut être étendue latéralement si besoin. Avivement des bords du versant anal. Reconstruction du canal anal par des points séparés de fil résorbable ; les points prennent la muqueuse et les fibres musculaires lisses adhérentes ; ils sont noués vers la lumière rectale. On effectuera le nombre de points nécessaire pour obtenir une longueur satisfaisante du canal anal. Reconstruction du sphincter externe : un fil repère est placé sur chaque extrémité du sphincter externe sans dissection : l'aiguille est introduite vers l'arrière et latéralement au canal anal puis retournée en dehors et en haut pour être récupérée. La mise en tension des fils vérifie le bon affrontement des extrémités sphinctériennes. Le sphincter est suturé bout à bout par deux ou trois points séparés de fil résorbable. Reconstruction de la fourchette vaginale après avivement des bords, par points séparés jusqu'à reconstituer la commissure postérieure de la vulve. On rapproche les plans profonds sans chercher à disséquer les releveurs par un ou deux fils périnéaux, ce qui reconstitue le corps périnéal et supprime l'espace mort. Suture cutanée par des points séparés de fil non résorbable [1].

• *Opération de Latzko des fistules vésicovaginales [8]*

La patiente est placée en position gynécologique avec sondage urinaire. Cela permet à la fistule d'être tirée vers le bas pour la rendre plus accessible. La fistule est alors circonscrite à une distance de 1,5 cm. La zone circonscrite est divisée en quatre quadrants. Tout l'épithélium de cette région est enlevé et le trajet fistuleux est disséqué. Les berges de la paroi vaginale qui ont été dénudées de la couche épithéliale sont

rapprochées par des points séparés résorbables. Une deuxième couche de points séparés ferme la muqueuse vaginale [9].

• *Plastie en Z pour la cure de fistules anovaginales*

En position gynécologique, sondage de la fistule et incision à angle droit circumnéale réalisée entre le vagin et l'anus. Le complexe sphinctérien, c'est-à-dire les sphincters externe et interne, est disséqué en bloc pour exposer les extrémités libres de chaque côté des sphincters afin de permettre les chevauchements de la sphinctéroplastie ultérieure. Le septum anovaginal est ensuite disséqué jusqu'à environ 2 cm de l'extrémité antérieure de la fistule. Une lévatoplastie est réalisée impliquant l'apposition des muscles puborectaux. La fermeture des parois rectale et vaginale et le chevauchement de la sphinctéroplastie sont réalisés avec du monobrin résorbable 3/0. L'incision est ensuite étendue de part et d'autre vers le vestibule de façon à former un X. Les deux pointes latérales ainsi formées sont ensuite suturées en quinconce de façon à dessiner un Z. Cet artifice permet de réaliser une suture sans tension et de rétablir une bonne distance anovulvaire [10].

B.1.d. Lésions fermées

Après rééducation première et en l'absence d'amélioration clinique, Park décrit une technique de myorrhaphie rétrograde des élévateurs de l'anus par abord transversal rétroanal et dissection de l'espace intersphinctérien intéressant les plans des muscles iliococcygiens, pubococcygiens, puborectaux ainsi que le sphincter externe de l'anus [11].

B.2. Leucoplasies et fissures

B.2.a. Encapuchonnement clitoridien

- Temps de libération des adhérences : après rétraction du capuchon clitoridien vers le pubis, l'accolement du bord libre du capuchon clitoridien est incisé jusqu'à l'ouverture de la chambre préputiale, puis, à l'aide d'une sonde mousse, les adhérences entre gland et capuchon sont décollées. La libération faite, le gland clitoridien apparaît rouge et dénudé.
- Temps de prévention du réaccolement qui peut se faire de deux manières :
 - résection d'un fragment en chapeau de gendarme du capuchon, ce qui éverse son bord libre,
 - ou excision du capuchon réalisant une véritable circoncision.

- Le ciseau de Metzenbaum résèque le bord libre, la sclérose sous-tégumentaire et toute la muqueuse interne du capuchon jusqu'au sillon balanopréputial, puis, après hémostase élective, le bord libre cutané est ourlé le long du sillon balanopréputial par des points séparés de fil résorbable 5/0 de façon radiaire.

B.3. Sténose orificielle

B.3.a. Vulvo-périnéoplastie

Entreprise peu après les règles, sous anesthésie générale, péridurale ou rachianesthésie, elle consiste en une exérèse d'un lambeau cutané périnéal triangulaire à sommet arrondi préanal puis clivage de la paroi postérieure du vestibule et du vagin. L'orifice vaginal est alors agrandi en amenuisant le relief du noyau fibreux central du périnée par des incisions radiaires et digitoclasie. Un lambeau vaginal postérieur quadrangulaire est délimité par des incisions longitudinales au niveau des gouttières latérales du vagin sur 3-4 cm. La peau périnéale et la muqueuse vestibulaire postérieure sont ensuite réséquées et le lambeau vaginal abaissé, éversé et suturé à la peau périnéale par des points séparés de fil tressé résorbable 3 ou 4/0 [12].

B.3.b. Synéchie de la fourchette

Sous anesthésie locale le plus souvent, est réalisée une incision sagittale médiane intéressant la synéchie, la peau périnéale, la muqueuse vestibulaire et le sommet du corps périnéal. Puis sont effectuées une résection cunéiforme de la sclérose sous-tégumentaire, une libération des berges muqueuses et cutanées, une suture transversale par des points séparés de fil tressé résorbable 3 ou 4/0 [13].

B.3.c. Synéchie labiale ou vestibulaire étendue

On réalise une libération de la synéchie par hydrodissection pour demeurer dans le plan de l'accolement puis une suture des berges des zones latérales désépithélialisées par du fil résorbable.

B.3.d. Synéchie des petites lèvres

Une séparation chirurgicale est effectuée sous anesthésie générale puis une suture estompant les zones désépithélialisées sur chaque bord labial. La prévention des récives est assurée par l'application de dermocorticoïdes.

C. RÉSULTATS

Il est difficile de présenter des résultats sur la vulvo-périnéoplastie seule tant les diversités des indications et des techniques opératoires sont nombreuses.

En ce qui concerne **les lésions obstétricales**, aucune publication ne porte sur la vulvo-périnéoplastie seule, celle-ci étant réalisée en complément du traitement chirurgical adapté.

- Le travail réalisé par Pardo *et al.* en 2006 s'intéresse aux résultats de la colpographie associée à une périnéoplastie chez les femmes se plaignant d'une béance vulvaire et une diminution de la satisfaction sexuelle [14]. 53 patientes ont évalué les résultats de la chirurgie en termes de resserrement vaginal et amélioration de la satisfaction sexuelle. Six mois après la chirurgie, 94 % avaient un vagin plus serré et ont dit qu'elles étaient en mesure d'atteindre l'orgasme. Les attentes ont été satisfaites dans 74 % des cas, partiellement respectées dans 21 %, pas du tout dans 5 %. Seules deux patientes (4 %) ont regretté la chirurgie, et deux ont eu des complications chirurgicales mineures.
- Draganic *et al.* ont évalué en 2001 l'intérêt de la périnéoplastie avec abaissement d'un lambeau dans la diminution de l'incidence de la rupture de cicatrice après réparation sphinctérienne par plastie en Z en cas d'incontinence anale [15]. Parmi les 85 patientes ayant bénéficié d'une réfection sphinctérienne, la fréquence de déhiscence de la cicatrice était moins importante chez les patientes ayant eu une périnéoplastie associée (15 *versus* 54 %, $p = 0,0015$).
- En 2001, Bernardi *et al.* ont évalué la périnéoplastie en tant que technique de réparation après non-cicatrisation d'une chirurgie anorectale [16]. Le suivi médian était de 13 mois. Parmi les patientes qui avaient des troubles de la continence anale avant la chirurgie, toutes, sauf une, ont eu un score de continence amélioré.

En ce qui concerne **les leucoplasies et fissures**.

- En 2002, Rouzier publie les résultats d'une étude évaluant par un questionnaire la persistance des dyspareunies et l'influence sur la vie sexuelle de la périnéoplastie comme traitement de la sténose de l'introit [12]. Le questionnaire était élaboré et analysé

par des praticiens n'ayant pas participé à l'intervention chirurgicale. Le résultat anatomique était apprécié en consultation.

Cette étude rétrospective sur 64 femmes ayant subi cette intervention retrouve un soulagement des douleurs chez 92 % des patientes, une amélioration de la vie sexuelle chez 86 % d'entre elles et seulement une récurrence (Tableau 2).

Tableau 2 - Résultats de la périnéoplastie sur la sténose de l'introit.
D'après Rouzier [12]

Résultats	Oui N (%)	Non N (%)
Persistance de dyspareunie d'intromission après la chirurgie	46 (92)	4 (8)
Amélioration de la qualité des rapports sexuels	43 (86)	7 (14)
Récurrence de la dyspareunie d'intromission	1	

- En 2006, Benoit-Corven publiait une étude sur les résultats fonctionnels de la vulvo-périnéoplastie dans le traitement de douleurs vulvaires localisées à la fourchette [17]. Quinze malades ont été incluses et suivies rétrospectivement. L'intensité des douleurs lors des rapports sexuels sur une échelle de 1 à 10 est passée en moyenne de 7,6 [5 à 9] avant l'opération à 1,6 [0 à 5] après. Le nombre moyen de rapports sexuels mensuels a doublé de la période préopératoire à la période postopératoire, passant de 5 [0 à 30] à 9,8 [3 à 30]. La gêne dans la vie quotidienne est passée en moyenne de 2,7 [0 à 8] avant le geste chirurgical à 1,2 [0 à 7]. L'amélioration globale sur une échelle de 1 à 10 a été en moyenne de 8,2 [3 à 10]. Aucun malade n'a eu de séquelle.
- Paniel *et al.* ont publié, en 1984, une étude rétrospective chez 32 malades ayant eu une vulvo-périnéoplastie [6]. Celle-ci avait été réalisée six fois après cure de chirurgie pour prolapsus, dix fois après traumatisme obstétrical (dont huit épisiotomies), cinq fois pour maladie de Bowen et onze fois pour lichen scléro-atrophique. L'indication opératoire, pour ces auteurs, n'était pas uniquement des douleurs vulvaires localisées à la fourchette mais une sténose vulvaire acquise ou congénitale ou des lésions dystrophiques et scléreuses. Le résultat anatomique a été parfait dans tous les cas : possibilité de mettre en place un spéculum

valves ouvertes et admission largement de deux doigts. Le résultat a été jugé esthétiquement bon dans 29 cas et fonctionnellement satisfaisant dans 30 cas : la dyspareunie s'étant amendée complètement ; trois malades ont accouché par voie basse sans épisiotomie après l'intervention. Malgré un bon résultat anatomique, deux malades se plaignaient toujours de dyspareunie, modérée dans un cas et intolérable dans l'autre.

Quant aux vestibulites vulvaires.

- Mc Cormack *et al.* ont évalué en 1999 chez 42 femmes l'efficacité de la périnéoplastie dans la gestion de la vestibulite vulvaire par un questionnaire à une moyenne de 4,8 ans après l'intervention [18]. La vulvodynie était constante ou quotidienne dans 69 % des cas avant la chirurgie et seulement chez 19 % des répondantes après la chirurgie. Au total, 27 (80 %) des 34 femmes qui avaient un inconfort vulvaire préopératoire ont indiqué que l'inconfort était moins important ou absent après la chirurgie. Avant la chirurgie, 26 (70 %) des 37 femmes étaient célibataires à cause de la vestibulite vulvaire ou des douleurs pendant le coït et devaient parfois l'interrompre à cause de la douleur. En revanche, seules deux (5,7 %) des 35 femmes avaient ce niveau de dyspareunie après la chirurgie. De même, 28 (85 %) des 33 femmes sexuellement actives qui souffraient de dyspareunie avant l'intervention chirurgicale ont signalé que les rapports étaient beaucoup moins douloureux, voire même indolores après l'intervention.
- En 1997, Bornstein *et al.* ont cherché à comparer l'efficacité de la vestibuloplastie et de la périnéoplastie dans le traitement des vestibulites vulvaires sévères [19]. Dans cette étude, 21 patientes randomisées ont subi l'une ou l'autre intervention. La vestibuloplastie n'a pas réussi à soulager les symptômes chez 10 femmes, tandis que la périnéoplastie a abouti à une résolution complète des symptômes chez 9/11 femmes ($p < 0,002$), ce qui suggère que les troubles de l'innervation ne sont pas la principale cause du syndrome, la vestibuloplastie visant principalement à dénervé les tissus vestibulaires sensibles.

CONCLUSION

La vulvo-périnéoplastie est donc une intervention bénéfique pour les femmes souffrant de douleurs vulvaires mécaniques, que celles-ci soient secondaires (à une dermatose, un traumatisme obstétrical...) ou primitives. Elle est indiquée en cas de douleurs ou de dyspareunie orificielle localisée à la fourchette vulvaire.

Elle permet une amélioration, tant fonctionnelle sur les dyspareunies qu'au niveau de la qualité de vie sexuelle dans environ 90 % des cas avec un faible taux d'échec et de récurrence.

Toutefois, en ce qui concerne les traumatismes obstétricaux, une attention toute particulière doit être portée à la préparation du périnée, à l'identification des facteurs de risques de lésion périnéale et à leur réparation au moment de l'accouchement. Une prise en charge optimale doit, chaque fois que nécessaire, associer une rééducation spécifique et adaptée, une prise en charge des douleurs neuropathiques, sans oublier les facteurs psychologiques et sexologiques souvent intriqués dans ces pathologies.

Bibliographie

- [1] Musset R. Fistule rectovaginale. *Encyclop Med Chir Paris. Techniques Chirurgicales* 1978;4404-7.
- [2] Ganapathy R, Bardis NS, Lamont RF. Secondary repair of the perineum following childbirth. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:608-13.
- [3] Labat JJ, Robert R, Bensignor M, Buzelin JM. Les névralgies du nerf pudendal (honteux interne). Considérations anatomocliniques et perspectives thérapeutiques. *J Urol* 1990;96:239-44.
- [4] Novi JM, Mulvihill BH, Morgan MA. Combined anal sphincteroplasty and perineal reconstruction for fecal incontinence in women. *J Am Osteopath Assoc* 2009;109:234-6.
- [5] Edwards L. Vulvar fissures: causes and therapy. *Dermatol Ther* 2004;17:111-6.
- [6] Paniel BJ, Truc JB, Robichez B, Poutout P. Vulvoperineoplasty. *Presse Med* 1984;15:1895-8.
- [7] Woodruff JD, Parmely TH. Infection of the minor vestibular gland. *Obstet Gynecol* 1983;62:606-11.
- [8] Latzko W. Postoperative vesicovaginal fistulas, genesis and therapy. *Am J Surg* 1942; 58:211-28.
- [9] Ansquer Y, Mellier G, Santulli P, Bennis M, Mandelbrot L, Madelenat P, Carbonne B, Mathevet P. Latzko operation for vault vesicovaginal fistula. *Obstet Gynecol survey* 2007;62:22-24.
- [10] Chew SS, Rieger NA. Transperineal repair of obstetric-related anovaginal fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004;44:68-71.
- [11] Koné M, Seni K, Diarra S. Déchirures obstétricales anciennes du périnée. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie* 200-A-10, 1998, 7 p.
- [12] Rouzier R, Haddad B, Deyrolle C, Pelisse M, Moyal-Barracco M, Paniel BJ. Perineoplasty for the treatment of introital stenosis related to vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:49-52.
- [13] Paniel BJ. Surgical procedures in benign vulval disease. In: Ridley CM, Neill SM, editors. *The vulva*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science 1999:288-9.
- [14] Pardo JS, Solà VD, Ricci PA, Guiloff EF, Freundlich OK. Colpoperineoplasty in women with a sensation of a widevagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1125-7.
- [15] Draganic B, Eyers AA, Solomon MJ. Island flap perineoplasty decreases the incidence of wound breakdown following overlapping anterior sphincter repair. *Colorectal Dis* 2001;3:387-91.
- [16] Bernardi C, Pescatori M. Reconstructive perineoplasty in the management of non-healing wounds after anorectal surgery. *Tech Coloproctol* 2001;5:27-32.
- [17] Benoit-Corven C, Foucher C, Maruani A, Machel L, Lorette G, Body G. Vulvo périnéoplastie pour douleurs vulvaires localisées à la fourchette (15 cas). *Ann Dermatol Venerol* 2006;133:663-5.
- [18] McCormack WM, Spence MR. Evaluation of the surgical treatment of vulvar vestibulitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;86:135-8.
- [19] Bornstein J, Zarfati D, Goldik Z, Abramovici H. Perineoplasty compared with vestibuloplasty for severe vulvar vestibulitis. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:652-5.