Les vulvovaginites récidivantes

Quand un petit problème devient grand

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère. Il est professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Marie-Hélène Mayrand, M.D., M.Sc., FRCSC

Les consultations médicales pour des « vaginites à répétition » sont très fréquentes. Les patientes ont souvent ce problème depuis des mois et même des années, et ont souvent consulté plusieurs médecins et tenté plusieurs traitements, sans succès. Dans cet article, nous nous attarderons aux causes fréquentes de vulvovaginites récidivantes chez la femme en âge de reproduction, en insistant sur les méthodes diagnostiques et les traitements.

La **Dre Mayrand** est gynécologue, hôpital Saint-Luc, CHUM. Elle s'intéresse particulièrement à la colposcopie, ainsi qu'au diagnostic et au traitement des maladies vulvaires. Ses travaux de recherche pour l'obtention d'un doctorat en épidémiologie à l'Université McGill se concentrent sur l'évaluation de nouvelles méthodes de dépistage du cancer du col utérin.

Les vulvovaginites récidivantes : qu'est-ce?

Le terme vulvovaginite fait référence, de façon très peu spécifique, à une inflammation du vagin et de la vulve. Ceci n'inclut habituellement pas les maladies vulvaires qui produisent des lésions cutanées typiques, comme le lichen plan ou l'herpès génital, même si ces entités cliniques sont également caractérisées par de l'inflammation. On réserve plutôt le terme vulvovaginite au processus caractérisé par du prurit, par des brûlures vulvaires et par un écoulement vaginal anormal.[1] Les vaginites à *Candida*, à *Trichomonas* et la vaginose bactérienne sont les principales causes de vaginites non compliquées. La vaginite à *Trichomonas* n'a pas été décrite dans le contexte de symptômes récidivants, et ne sera donc pas discutée ici. De plus, les causes non infectieuses (dermites irritatives et allergiques,

Tableau 1
Le diagnostic différentiel des vulvovaginites à répétition

	Vulvovaginite irritative ou allergique	Vulvovaginite à *Candida*	Vaginose bactérienne
Plaintes principales	Prurit	Prurit, douleur, dysurie, pertes épaisses	Pertes vaginales abondantes et malodorantes
Signes à l'examen	Érythème variable	Érythème, excoriations, fissures, plaques blanches	Peu d'érythème, pertes abondantes
pH	Normal (< 4,5)	Normal	Élevé (> 4,5)
« Whiff test »	Négatif	Négatif	Positif (odeur de poisson)
Microscopie (état frais)	Normale	Spores, hyphes	Cellules cibles
Indication des cultures	Non contributives	Si soupçon clinique et microscopie négative Si microscopie diagnostique, mais traitement inefficace	Non contributives
Indication de coloration de Gram	Non contributif	Non contributif	Si soupçon clinique et microscopie négative

Adapté de : Sobel, JD : Vulvovaginitis in healthy women. Comprehensive therapy 25:335, 1999; Moraes, PS, Taketomi, EA : Allergic vulvovaginitis. Annals of Allergy, Asthma, Immunology 85:253, 2000; 2002 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 51:6:1, 2002.

pH : potentiel d'hydrogène.

surtout) sont probablement plus fréquentes chez les patientes avec un problème chronique et sont donc incluses dans la discussion.

L'anamnèse

Lors de l'anamnèse, il faut encourager la patiente à parler en termes de symptômes et non de diagnostics passés, car malheureusement les diagnostics posés par les patientes et par les médecins sont peu fiables.[1] Par exemple, seulement environ 30 % à 50 % des femmes qui rapportent des candidoses récidivantes ont effectivement ce problème.[2,3] Il est donc plus approprié de détailler les périodes de prurit, de douleur, de brûlure et d'écoulement vaginal anormal (couleur, odeur, quantité, consistance). Les épisodes symptomatiques doivent être mis en lien avec le cycle menstruel, les activités sexuelles, l'utilisation de produits d'hygiène et de contraception. La patiente pourra indiquer si elle a identifié des facteurs précipitants. Le nom et la durée d'utilisation de médicaments oraux et topiques seront également utiles. S'il est difficile d'obtenir toute cette information à la première visite, la tenue d'un calendrier permettra de mieux objectiver les symptômes et de les mettre en rapport avec certains facteurs de risque.

Tableau 2

Le traitement de la vulvovaginite et des récurrences

	Traitement de l'épisode actuel	Prévention des récidives
Vaginites irritative et allergique	Retrait de l'agent responsable, hydrocortisone 1 % ou valérate de bétaméthasone (0,5 mg/1 gr), si symptômes graves	Éviter l'agent responsable et les irritants en général.
Vulvovaginite à *Candida Albicans*	N'importe quel azole topique (dans un contexte de problème récurrent, préférer les traitements de 7 jours). Fluconazole oral, unidose de 150 mg	Fluconazole oral, 100 ou 150 mg chaque semaine pendant 6 mois Clotrimazole suppositoires vaginaux 500 mg chaque semaine pendant 6 mois
Vulvovaginite à *Candida Glagrata*	Acide borique en capsules vaginales, 600 mg die ou bid pour 14 jours Violet de gentiane 1 % application locale die pendant 14 jours	Acide borique capsules vaginales 600 mg chaque semaine pendant 6 mois Nystatine, 100 000 unités die
Vaginose bactérienne	Métronidazole oral 500 mg bid pendant 7 jours Métronidazole gel à 0,75 %, 5 gr hs pendant 5 jours Clindamycine crème 2 %, 5 gr hs pendant 7 jours	Métronidazole oral ou topique, 1 semaine avant les menstruations

Adapté de : Moraes, PS, Taketomi, EA : Allergic vulvovaginitis. Annals of Allergy, Asthma, Immunology 85:253, 2000; Denning, DW : Fortnightly Review: Management of genital candidias. BMJ 310:1241, 1995; Otero, L, Fleites, A, Mendez, FJ, et coll. : Susceptibility of Candida Species isolated from female prostitutes with vulvovaginitis to antifungal agents and boric acid. European Journal of clinical microbiology and Infectuous diseases 18:59, 1999; ainsi que des références 13, 14 et 16.
Bid : deux fois par jour; die : une fois par jour; hs : au coucher.

L'examen physique et paraclinique

Si la patiente consulte entre deux épisodes, l'examen et les tests de laboratoire seront moins révélateurs. Idéalement, la patiente devrait être revue au moment des symptômes. À l'examen, on cherchera au niveau de la vulve des lésions typiques qui mèneraient vers un diagnostic autre que celui de vaginite. On notera la présence d'érythème et sa distribution, la présence de fissures, d'excoriations. L'examen du vagin permettra de visualiser les sécrétions. On décrira leur couleur, leur consistance, leur odeur et leur pH (potentiel d'hydrogène).

L'examen microscopique à l'état frais fournit de l'information importante. Les cultures ne devraient être demandées que pour certains cas plus problématiques.

Le diagnostic différentiel et les traitements

La vulvovaginite irritative et allergique

Dans les cas aigus, les patientes se présenteront avec un érythème marqué, un prurit intense, de l'œdème et parfois même, des vésicules (tableaux 1 et 2). Toutefois, la majorité des patientes présenteront un tableau

chronique avec érythème discret aux bordures floues. La peau sera souvent sèche. Il n'y aura habituellement pas de sécrétions vaginales anormales. Des lésions de grattage pourront s'ajouter. Le pH vaginal sera normal et la microscopie non contributive.[4]

Les produits coupables sont variés (tableau 3). Les produits en contact direct avec la vulve sont les plus souvent impliqués, mais des allergènes inhalés peuvent également causer des symptômes d'allergie.[4] L'identification du produit à l'origine des symptômes constitue le principal défi puisque la réaction peut survenir au moment du contact ou être retardée et peut même persister plusieurs jours après le retrait de l'agent. Le traitement constitue essentiellement à arrêter le contact. Dans les cas graves, un corticostéroïde topique peut accélérer la résolution des symptômes.

Tableau 3

Vulvites irritatives et allergiques : les coupables

Savon, détergent
Mousse, huile de bain
Sous-vêtements
Condoms, sperme
Spermicides
Douches vaginales
Serviettes hygiéniques
Antimycosiques topiques

Adapté de : Moraes, PS, Taketomi, EA : Allergic vulvovaginitis. Annals of Allergy, Asthma, Immunology 85:253, 2000.

Les vulvovaginites à *Candida*

Le *Candida* est probablement un hôte normal de la flore vaginale. En effet, on peut identifier du *Candida* chez 25 % à 50 % des femmes asymptomatiques.[5,6] De plus, 75 % des femmes présenteront un épisode de vulvovaginite mycosique non compliqué au cours de leur vie, et la moitié de celles-ci en présenteront un deuxième.[2] Toutefois, une infection génitale à *Candida* peut devenir davantage problématique dans certaines circonstances : lorsque la femme est particulièrement sensible aux antigènes de *Candida*, lorsque la charge de *Candida* est très importante (grossesse, diabète débalancé, immunosuppression), lorsqu'il s'agit d'une infection par un *Candida* autre que l'*Albicans* et lorsqu'il s'agit d'une infection mixte.[7] Dans la majorité des cas, on n'arrive pas à identifier la cause des vaginites à répétition.[1,7,8] Il semblerait que certaines femmes présentent des changements immunologiques locaux les rendant plus susceptibles à une colonisation exagérée du vagin et à une réaction d'hypersensibilité.[1,5] On ne recommande pas de procéder d'emblée au dépistage du diabète ou de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.[1] Il ne semble pas non plus y avoir de

ATACAND est un inhibiteur des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II. Les effets secondaires les plus fréquemment signalés avec ATACAND PLUS par rapport au placebo sont les céphalées (4,3 % vs 7,0 %), les dorsalgies (3,8 % vs 3,0 %), les infections des voies respiratoires supérieures (3,7 % vs 1,9 %) et les étourdissements (3,1 % vs 1,5 %). ATACAND PLUS (candésartan cilexétil/hydrochlorothiazide) est indiqué pour le traitement de l'hypertension essentielle chez les patients pour qui un traitement d'association est approprié. ATACAND PLUS n'est pas indiqué pour le traitement initial de l'hypertension. Ladosedoit êtreindividualisée et déterminée par l'ajustement posologique de chacun des composants. ATACAND PLUS n'est pas recommandé pendant la grossesse et l'allaitement, et chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (Cl < 30 mL/min/1,73 m² de surface corporelle). ATACAND PLUS doit être administré avec prudence aux patients atteints d'insuffisance hépatique ou de maladie hépatique évolutive.

Monographie fournie sur demande.

ATACAND et ATACAND PLUS sont des marques de commerce du groupe AstraZeneca. Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

Marques RqD CCP

AstraZeneca
Mississauga, Ontario L4Y 1M4

Le candésartan cilexétil est fabriqué sous licence accordée par Takeda Chemical Industries, Ltd.

Pr Atacand® candésartan cilexétil

Pr Atacand® PLUS candésartan cilexétil/hydrochlorothiazide

UNE SOLUTION PUISSANTE

Pourquoi est-ce que les vaginites récidivent ou sont plus difficiles à guérir chez certaines femmes?

Nous ne connaissons pas la raison exacte de ce problème. Il semblerait que le système immunitaire local, c'est-à-dire le système de défense contre les infections au vagin, permettrait la surcroissance des organismes responsables des vaginites chez certaines femmes : c'est ce qui expliquerait la difficulté à traiter les vaginites chez elles. Le partenaire sexuel ne semble pas jouer un rôle important, et le traiter ne change pas la situation.

Comment peut-on prévenir les récidives?

L'étape la plus importante est certainement d'obtenir un diagnostic précis. Il existe plusieurs types de vaginites, qui se traitent de manières différentes. Il est préférable d'éviter les traitements en vente libre, car s'ils sont utilisés trop fréquemment et de manière inappropriée, ils pourraient aggraver les symptômes en ajoutant un problème d'irritation ou même d'allergie. Il est important d'assurer un suivi.

transmission sexuelle. Il n'y a donc pas lieu de traiter le partenaire masculin asymptomatique.[10]

Les éléments de l'anamnèse qui mèneront vers un diagnostic de candidose sont la prédominance de la sensation de brûlure, et les pertes épaisses et cotonneuses, symptômes exacerbés en période prémenstruelle.[8] Toutefois, certaines femmes présenteront du prurit et des sécrétions atypiques. L'examen de la vulve révélera un degré variable d'érythème. La vulve pourra aussi être œdémateuse, excoriée et présenter des fissures.[10]

L'examen des sécrétions révélera un pH normal et un « whiff test » négatif. On identifiera des hyphes ou des spores à la microscopie dans 50 % à 70 % des cas. De 5 % à 20 % des infections vaginales à *Candida* sont causées par des souches autres que l'*Albicans*, principalement par *Candida Glabrata*.[2,11] Dans les cas d'infection par *Candida Glabrata*, la microscopie ne peut démontrer que des spores.[1,7,11]

La culture des sécrétions vaginales nous permettra de confirmer le diagnostic de vulvovaginite à *Candida* lorsqu'un soupçon clinique n'est pas confirmé par la microscopie.

La culture des sécrétions vaginales nous permettra de confirmer le diagnostic lorsqu'un soupçon clinique n'est pas confirmé par la microscopie. La culture des sécrétions vaginales pourra également nous renseigner lorsque le traitement d'une candidose confirmée par microscopie est inefficace. Il peut être possible à ce moment d'identifier du *Candida Glabrata*, ce qui nous permettra de modifier la thérapie puisque 75 % des patientes infectées par *Candida Glabrata* ne répondront pas aux azoles oraux ou topiques.[11,12]

La prise en charge d'une infection récidivante à *Candida Albicans* consiste en premier lieu à guérir l'épisode en cours. Les traitements topiques de 7 à 14 jours sont préférables aux traitements à court terme chez ces patientes. Un traitement oral (unidose) au fluconazole peut également être utilisé. Les différentes préparations topiques et le traitement oral ont une efficacité comparable (tableau 2).[13] Par la suite, un traitement préventif hebdomadaire devrait être institué pour six mois, soit du clotrimazole en ovule ou du fluconazole oral.[7] Le traitement suppressif donne habituellement de bons résultats. Malheureusement, la moitié des patientes récidiveront à l'arrêt du traitement, et devront être traitées pour une plus longue période.[11] Lorsqu'il y a récidive en cours de traitement suppressif, il vaut la peine d'éliminer une infection par *Candida Glabrata* ou une cause non mycosique. Si une infection à *Candida Glabrata* est mise en évidence, des suppositoires d'acide borique résoudront les

symptômes dans environ 85 % des cas.[11] Le violet de gentiane peut aussi être utilisé. Des succès ont été rapportés avec la nystatine tandis que les autres formes de thérapie ont échoué.[11]

La vaginose bactérienne

La vaginose bactérienne est caractérisée par un déséquilibre dans la flore vaginale avec une surpopulation de bactéries anaérobies, de *Gardnerella vaginalis* et de mycoplasmes.[2] Certains de ces microorganismes produisent des enzymes qui dégradent des peptides vaginaux en amines, lesquels sont responsables de l'odeur caractéristique des sécrétions.[2] Les symptômes les plus fréquents sont des pertes vaginales abondantes et nauséabondes. On ne peut habituellement pas identifier la cause de ce déséquilibre. On ne croit pas que la transmission sexuelle soit fréquente, et il n'y a pas de preuve que le traitement du partenaire masculin soit bénéfique.[14]

À l'examen, l'érythème vulvaire est habituellement minimal, à moins d'une vaginite mixte. Les sécrétions typiques sont homogènes et blanches grisâtres. Le pH est élevé. La présence de cellules cibles à la microscopie est diagnostique, mais on arrive à les identifier que dans 50 % des cas.[15] La culture des sécrétions n'a pas sa place dans l'approche diagnostique de la vaginose bactérienne. Celle-ci a été remplacée par l'examen des spécimens après coloration de Gram.

Le diagnostic peut être basé sur des critères cliniques ou sur des critères basés sur les résultats du Gram. Les critères cliniques incluent la présence d'un écoulement vaginal homogène, blanchâtre et adhérent, un pH de plus de 4,5, une odeur de poisson avant ou après l'addition d'hydroxyde de potassium aux sécrétions vaginales et la présence de cellules cibles à la microscopie. Les traitements avec le métronidazole oral ou topique ont une efficacité comparable. La clindamycine topique serait légèrement moins efficace.[13]

Malheureusement, jusqu'à 30 % des patientes présenteront une récidive moins d'un mois après un traitement initial.[16] Aucune étude n'a évalué la valeur des différentes stratégies proposées pour prévenir les récurrences de la vaginose bactérienne. Certains recommandent de tenter un traitement différent (par exemple, tenter la clindamycine si le métronidazole a d'abord été prescrit), d'allonger la période de traitement et de répéter la thérapie chaque mois durant la semaine précédant les menstruations.[16]

Les vulvovaginites mixtes

Les études sur les vulvovaginites récurrentes ont surtout abordé le problème des candidoses isolées. Les experts confirment l'existence des infections mixtes mais ne peuvent préciser la fréquence exacte ni la meilleure prise en charge. La stratégie à privilégier consiste donc probablement à garder un indice de soupçon élevé et à ne pas conclure automatiquement que les symptômes pour lesquels une femme nous consulte ont la même cause que des symptômes passés. On devrait procéder à un bilan

diagnostic complet et prescrire, lorsque nécessaire, un traitement pour chaque maladie identifiée.

Conclusion

Les vulvovaginites récidivantes sont une cause fréquente de consultation médicale. Bien qu'elles puissent représenter un défi diagnostique et thérapeutique, il est habituellement possible de soulager les patientes lorsque les antécédents personnels, l'examen et des tests paracliniques simples sont effectués de manière systématique. *Clin*

Références

1. Sobel, JD : Vulvovaginitis in healthy women. Comprehensive therapy 25:335, 1999.
2. Sobel, JD : Vaginitis. NEJM 337:1896, 1997.
3. Weissenbacher, S, Witkin, SS, Tolbert, V, et coll. : Value of Candida Polymerase Chain Reaction and Vaginal Cytokine Analysis for the Differential Diagnosis of Women with Recurrent Vulvovaginitis. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 8:244, 2000.
4. Moraes, PS, Taketomi, EA : Allergic vulvovaginitis. Annals of Allergy, Asthma, Immunology 85:253, 2000.
5. Ferrer, J : Vaginal candidosis: Epidemiological and etiological factors. International journal of Gynecology and Obstetrics 71:S21, 2000.
6. Abu-Elteen, KH, Abdul Malek, AM, Abdul Wahid, NA : Prevalence and susceptibility of Vaginal Yeast Infection in Jordan. Mycoses 40:179, 1997.
7. Sobel, JD : Vulvovaginitis: When Candida becomes a problem. Dermatologic clinics 16:763, 1998.
8. Denning, DW : Fortnightly Review: Management of genital *Candidias*. BMJ 310:1241, 1995.
9. Otero, L, Fleites, A, Mendez, FJ, et coll. : Susceptibility of Candida Species isolated from female prostitutes with vulvovaginitis to antifungal agents and boric acid. European Journal of Clinical Microbiology and Infectuous Diseases 18:59, 1999.
10. Marrazzo, J : Vulvovaginal Candidiasis. BMJ 325:586, 2002.
11. Nyirrjesy, P, Seeney, SM, Grody, MHT, et coll. : Chronic Fungal Infections: The value of cultures. American Journal of Obstetrics and Gynecology 173:820, 1995.
12. Sobel, JD, Kapernick, PS, Zervos, M, et coll. : Treatment of complicated Candida vaginitis: Comparison of single and sequential doses of fluconazole. American Journal of Obstetrics and Gynecology 185:30, 2001.
13. 2002 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 51:6:1, 2002.
14. Egan, ME : Diagnosis of vaginitis. American Family Physician 62:1095, 2000.
15. Bornstein, J, Lakovsky, Y, Lavi, I, et coll. : The Classic Approach to diagnosis of vulvovaginitis: A critical analysis. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 9:105, 2001.
16. Hay, PE : Recurrent Bacterial Vaginosis. Dermatologic Clinics 16:769, 1998.

Les sains dessins

Les Producteurs laitiers du Canada

Fait : Protéines, minéraux et vitamines A et D – tous essentiels, tous contenus dans le lait.