La vulvovaginite à *Candida* compliquée :

pour résoudre ce problème une fois pour toutes

Carole Williams, MD

Pourquoi une candidiase non compliquée devient-elle problématique? L'auteure présente dans cet article les principales raisons.

Mauvais diagnostic?

Rarement, la vulvovaginite à *Candida* devient problématique, soit par la non-réponse au traitement usuel, soit par de multiples récidives. Dans ces cas, il s'agit souvent d'un mauvais diagnostic. Bien que les symptômes de prurit, de brûlement, de dyspareunie et de leucorrhée épaisse inodore soient caractéristiques de cette infection, ils ne sont certainement pas pathognomoniques.

Le diagnostic différentiel d'une vulvovaginite à *Candida*

- Vaginose bactérienne
- *Trichomonas vaginalis*
- *Chlamydia trachomatis*
- Vaginite atrophique
- Corps étranger
- Dermatite de contact, allergique ou irritative
- Traumatisme
- Vestibulite
- Lichen plan érosif
- Maladie de Behçet
- Leucorrhée physiologique

Le problème de Sophie

Sophie, 35 ans, est exaspérée par sa candidiase vulvovaginale récidivante. Elle fait au moins un épisode symptomatique par mois, et ceux-ci ne répondent plus aux crèmes antifongiques achetées en pharmacie. Elle désire résoudre ce problème une fois pour toutes.

Qu'allez-vous faire?

L'examen physique : la clé

L'examen physique est l'élément clé qui permet de préciser l'étendue de la maladie et d'éliminer les autres causes de vulvovaginite. Le diagnostic peut être facilement posé en évaluant le pH vaginal (demeure normal pendant l'infection à *Candida*) associé à la microscopie (recherche d'hyphes à l'état frais de sécrétions dans du salin ou de l'hydroxyde de potassium).

Dans 10 à 30 % des cas où ces tests se révèlent négatifs malgré une symptomatologie classique, une culture avec recherche de levures peut aider à poser le diagnostic.

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

La *Candida albicans* résistant aux azoles

Celle-ci est très rarement retrouvée au niveau du vagin.

Les quelques cas anecdotiques sont surtout des cas de résistance au fluconazole, avec ou sans résistance croisée aux autres azoles, et peuvent être traités par un régime d'acide borique topique (capsules à 600 mg par voie intravaginale, 1 fois par jour, pendant 7 à 14 jours).

La *Candida* non-albicans

Entre 80 et 95 % des vaginites à Candida sont causées par la *Candida albicans*.

Par contre, de plus en plus de vaginites à *Candida glabrata* sont diagnostiquées, souvent chez des femmes plus âgées, porteuses de maladies chroniques (diabète, par exemple) et ayant déjà été exposées aux azoles.

Les symptômes sont semblables, bien qu'il puisse y avoir moins de leucorrhée et plus de brûlement, avec une évolution indolente, voire chronique.

- Elle se traite soit par un régime traditionnel d'azoles mais de longue durée (14 jours) ou par de l'acide borique topique (14 jours).
- Des doses d'entretien ne sont nécessaires que s'il y a une rechute rapide (moins de 3 mois), celles-ci étant constituées de nystatin intra-vaginal (un comprimé vaginal à 100 000 unités/jour).
- L'acide borique ne se donne que très rarement comme entre dose puisqu'il s'agit d'une substance irritante et qu'elle comporte un risque de surdose.

Tableau 2
Le traitement d'un épisode aigu

Topique		
Clotrimazole	Crème 1 %	5 g/jour, pendant 7 à 14 jours*
	Comprimé vaginal à 100 mg	1 comprimé/jour, pendant 7 jours
		2 comprimés/jour, pendant 3 jours
	Comprimé vaginal à 500 mg	1 comprimé/jour, pendant 1 jour
Miconazole	Crème 2 %	5 g/jour, pendant 7 jours
	Ovule vaginal à 100 mg	1 ovule/jour, pendant 7 jours
	Ovule vaginal à 200 mg	1 ovule/jour, pendant 3 jours
	Ovule vaginal à 1 200 mg	1 ovule/jour, pendant 1 jour
Terconazole	Crème 0,4 %	5 g/jour, pendant 7 jours
	Crème 0,8 %	5 g/jour, pendant 3 jours
	Ovule vaginal à 80 mg	1 ovule/jour, pendant 3 jours
Nystatin	Comprimé à 100 000 unités	1 comprimé/jour, pendant 14 jours
Acide borique	Comprimé vaginal à 600 mg	1 comprimé/jour, pendant 14 jours
Oral		
Fluconazole	Comprimé à 150 mg	1 comprimé par voie orale/jour, pendant 1 jour
Kétoconazole**	Comprimé à 200 mg	1 à 2 comprimés par voie orale, 2 fois/jour, pendant 5 jours

* 5 g équivaut à un applicateur.
** Risque d'hépatotoxicité de 1/10 000 à 15 000 utilisateurs. Son utilisation comme traitement des vaginites est non approuvée par la *Food and Drug Administration*.

L'infection mixte

Jusqu'à 10 % des vulvovaginites peuvent comporter une cause mixte.

S'il y a présence d'une seconde vaginite concomitante de Candida (voir encadré sur le diagnostic différentiel), celle-ci doit également être traitée.

Les problème reliés à la patiente

Les vaginites à Candida sont souvent plus difficiles à traiter chez les femmes atteintes de maladies chroniques et chez celles traitées par des antibiotiques, des corticostéroïdes ou d'autres immunosuppresseurs.

La maladie de base doit être stabilisée avant d'attaquer le problème de vaginites. Les contraceptifs oraux peuvent prédisposer aux rechutes, mais cesser de les prendre ne semble pas pour autant empêcher les récidives.

La vulvovaginite récidivante

La vulvovaginite récidivante, affectant 3 à 5 % des femmes, est définie comme étant 4 épisodes ou plus d'infection prouvée dans une période de 12 mois.

Malheureusement, les autodiagnostics posés par les femmes elles-mêmes ou les médecins qui posent un diagnostic sans avoir examiné les patientes contribuent à l'impression qu'il s'agit d'un problème encore plus fréquent et ces comportements aboutissent à des traitements aux antimycotiques non indiqués qui perpétuent les symptômes en causant une dermatite irritative.

Quelle est la cause?

La cause des récidives est incertaine.

Le rôle de la transmission sexuelle a été évalué mais demeure peu probable. Le traitement du partenaire n'est pas recommandé.

Il n'a jamais été prouvé que les femmes atteintes ont une flore vaginale inadéquate, ce qui explique que la contribution de l'alimentation et des produits probiotiques est mineure. Les problèmes reliés à la patiente sont rarement identifiés ou difficilement réversibles. La possibilité d'une réaction immunitaire déficitaire ou excessive est toujours retenue.

Quel est le traitement?

Le plan de traitement est basé sur l'utilisation judicieuse d'antimycotiques.

La première étape est d'obtenir un premier épisode de rémission et une culture de contrôle négative (tableau 2). Si les rechutes sont sporadiques, la répétition de ce traitement de façon empirique dès l'apparition de symptômes est acceptable.

Autrement, des doses d'entretien sont essentielles (tableau 3). Celles-ci sont administrées pour une période de 6 mois, avec une réévaluation et une culture à 3 et à 6 mois. Ce régime est efficace dans plus de 90 % des cas. *Clin*

Tableau 3
Le traitement d'entretien (durée de 6 mois)

Clotrimazole	Crème 1 % Comprimé vaginal à 100 mg	5 g/jour, pendant 3 à 5 jours avant les règles 2 comprimés/jour, 2 fois/semaine
Miconazole	Crème 2 %	5 g/jour, pendant 3 à 5 jours avant les règles
Terconazole	Crème 0,8 %	5 g, 1 fois/semaine
Nystatin	Comprimé à 100 000 unités	1 comprimé intravaginal, chaque 4e soir
Fluconazole	Comprimé à 150 mg Comprimé à 100 mg	1 comprimé par voie orale, 1 fois/mois 1 comprimé par voie orale, 1 fois/semaine
Kétoconazole*	Comprimé à 100 mg Comprimé à 200 mg	1 comprimé par voie orale/jour 1 comprimé par voie orale/jour, 5 jours avant les règles

** Risque d'hépatotoxicité de 1/10 000 à 15 000 utilisateurs. Son utilisation comme traitement des vaginites est non approuvée par la *Food and Drug Administration*