

Les principales infections gynécologiques en médecine générale

Principal gynaecological infections in general practice

D. Roynet

D.M.G.-ULB et Planning familial Rochefort

RESUME

Les plaintes génito-urinaires sont des motifs très fréquents de consultations en médecine générale. La majorité des pathologies incriminées ne sont pas sexuellement transmises. Néanmoins, le caractère " gênant ", " honteux ", " culpabilisant " de ces pathologies souvent récidivantes empoisonne la vie des femmes. Une bonne compréhension de l'écosystème vaginal, une anamnèse précise et un bon examen clinique sont les clés d'un traitement efficace.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 247-51

ABSTRACT

It's really frequent that general practitioners have to handel with genito-urinary complaints. Most of those pathologies are not sexually transmissible, but even so, being " annoying ", " shameful ", " guilt-provoking ", those recurrent illness make women's live a misery. A good understanding of vaginal ecosystem, an accurate anamnesis, and a good clinical examination are the keys of an efficient treatment.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 247-51

Key words : gynaecological infection, general practice, genito-urinary complaint

Les plaintes en rapport avec des problèmes génito-urinaires sont très fréquentes en médecine générale. Dans la grande majorité des cas, ces plaintes sont les symptômes des maladies non sexuellement transmises. Toutefois, le caractère récurrent (réactivation ≠ recontamination) suscite chez les patientes des sentiments d'inquiétude divers à propos de l'origine (infidélité ?), des conséquences sur la sexualité (se sentir sale, sentir mauvais), de la culpabilité (être contagieuse) ; elles comprennent mal que ces pathologies qui leur empoisonnent la vie ne puissent pas avoir de conséquences graves sur leur santé. Il faut réaliser une anamnèse complète, une anamnèse sexologique, un examen physique, une mise au point bactériologique complémentaire éventuelle et un traitement adapté¹.

LES PLAINTES

Plusieurs de ces plaintes peuvent coexister, de manière aiguë ou chronique, parfois une de ces plaintes est dominante ou d'autres sont dissimulées par la patiente parce que subjectivement ressenties comme honteuses ou inquiétantes.

- leucorrhées ;

- mictalgies ;
- tuméfactions, verrues, boutons, ulcérations ;
- prurit (aigu ou chronique) ;
- saignements, *spotting* ;
- dyspareunie (apareunie).

L'ANAMNESE

L'anamnèse précisera le caractère de la plainte (exemple : j'ai mal en urinant : la mictalgie est-elle vésicale, urétrale, vulvaire ? ; exemple : j'ai mal pendant les rapports : s'agit-il d'une dyspareunie d'intromission, d'une dyspareunie profonde, d'une apareunie ?), le contexte dans lequel la plainte est formulée (existence de comorbidité, grossesse, prise de médicaments, antécédents particuliers généraux et gynécologiques). L'anamnèse générale doit être complétée d'une anamnèse sexologique qui précisera le contage sexuel éventuellement suspecté, l'existence d'un ou de plusieurs partenaires et si possible le type de pratique sexuelle vécue (homosexualité, utilisation de *sextoys*, sodomie, etc.). Cette anamnèse sexologique n'est pas facile à réaliser, et peu de médecins y sont préparés dans leur cursus formatif.

L'examen clinique

Rarement pratiqué, l'examen clinique est pourtant impératif pour faire un diagnostic qui sera très souvent un diagnostic dermatologique et/ou bactériologique de la vulve, du vagin mais aussi du pubis, de l'anus, du périnée, des plis inguinaux. On pourra y observer des érythèmes, des vésicules, des pustules, des éraflures, voire des tuméfactions plus ou moins inflammatoires ou infectieuses, des verrues, des lésions de grattage, etc.

L'examen clinique de la vulve implique de maîtriser l'examen gynécologique dans des conditions respectueuses et " bienveillantes " pour la patiente. La pose du spéculum permettra l'examen du vagin mais également du col de l'utérus et la réalisation éventuelle de frottis vaginaux, cervicaux, voire d'un *Pap test*.

L'ECOSYSTEME VAGINAL

Le vagin est une cavité non stérile de pH acide, colonisé par une flore polymorphe de lactobacillus qui entretiennent cette acidité vaginale. Un certain nombre de facteurs sont favorables à la rupture de cet écosystème vaginal par diminution de l'acidité, ce qui va constituer un facteur favorable à la prolifération de microbes qui ne trouveraient pas l'occasion de leur développement en cas d'acidité normale. C'est principalement le cas des mycoses, des mycoplasmes mais également du *Gardnerella vaginalis* et autres microbes gram-négatif et anaérobies.

Les facteurs suivants sont responsables de la rupture de l'écosystème vaginal :

- la carence œstrogénique (la ménopause) ;
- la grossesse ;
- la contraception œstroprogestative ;
- le diabète, l'hypothyroïdie ;
- la prise d'antibiotiques ;
- le nettoyage intempestif de la cavité vaginale.

LES GERMES EN CAUSES

La réalisation de frottis avec des écouvillons adaptés permet la mise en évidence des germes suivants :

- le *Lactobacillus acidophilus* (de Döderlein) - *vaginalis* ;
- le *Candida albicans* (40 % des vaginites) ;
- le *Gardnerella vaginalis* (= *Haemophilus vaginalis*) ;
- le streptocoque B (8 à 20 % de portage chronique) ;
- les bacilles gram-négatif ;
- le trichomonas ;
- l'herpès ;
- les condylomes ;
- les parasitoses ;
- le *Chlamydia* ;
- le gonocoque ;
- l'*Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* ;
- l'*E. coli*.

Les écouvillons doivent être adaptés aux techniques biologiques différentes pour la détection de

ces différents germes.

La technique PCR (*Polymerase Chain Reaction*) est utilisée pour la détection du *Chlamydia* et du gonocoque. Elle demande un écouvillon spécial. La mise en évidence de l'herpès génital se fera par l'utilisation d'un écouvillon sec, pour recherche d'antigène (technique Elisa). Tous les autres germes peuvent être identifiés par l'utilisation d'un écouvillon de culturette standard. A noter que la recherche du *Chlamydia* et du gonocoque par PCR peut également se faire sur un échantillon d'urine ; la méthode a été actuellement totalement validée. Plusieurs de ces germes peuvent coexister ; il n'est pas rare d'observer par exemple des condylomes associés à une vaginose ou à une candidose, d'observer l'alternance de candidose et de vaginose plusieurs fois sur une année, d'observer des herpès simultanément avec un *Chlamydia* ou un gonocoque (plus rare), d'observer des parasitoses et des condylomes.

On mesure bien que les pratiques sexuelles peuvent être en cause dans un certain nombre de cas ; il est néanmoins très important d'avoir en tête que la majorité des cas rencontrés (les candidoses et les vaginoses, poussée d'herpès, lésions de grattage, etc.) n'ont rien à voir avec la sexualité. Par conséquent, il est important que les patientes le sachent, ce qui leur permet de déculpabiliser le cas échéant ou en tout cas de cesser de s'inquiéter par rapport à un comportement infidèle du compagnon mais également de vouloir à tout prix le soigner bien qu'il soit clair que cela ne changera rien à l'éventuelle récurrence de la maladie.

ABSENCE DE GERMES

On observera également toute une série de lésions vulvaires pour lesquelles aucun germe n'est en cause. Il s'agit des problèmes suivants :

- l'eczéma ;
- le lichen plan ou atrophique (grattage) ;
- le psoriasis ;
- la dermatite séborrhéique.

LE TRAITEMENT

- Pour le traitement, on se fixera trois objectifs :
- soulager la patiente ;
 - corriger le déséquilibre de l'écosystème vaginal (l'administration de solutions acides est inutile voir délétère ; il faut recoloniser la cavité vaginale par des *Lactobacilles vaginalis*) ;
 - traiter l'infection et éventuellement le ou les partenaires en cas de contact sexuel.

QUELQUES CLES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PRINCIPALES INFECTIONS EN MEDECINE GENERALE (TABLEAU)

La candidose vaginale

Nous avons vu l'importance de corriger les

Tableau : Principales substances actives dans le traitement des principales infections gynécologiques en médecine générale⁶.

Molécule	Nom	Dosage – durée	Femmes enceintes
Itraconazole	Sporanox® DCI-générique	PO : 2 x 200 mg	CI
Fluconazole	Diflucan® - Candizol® DCI et générique	PO : 150 mg - 1 prise	CI
Miconazole	Daktarin®	Local - 7 j	± OK
Tinidazole	Fasigyn®	PO : 4 x 500 mg - 1 prise	OK
Métronidazole	Flagyl®	PO : 2 x 500 mg - 5-7 j	OK
Clotrimazole	Canestène®	Local 3 à 7 j	OK
Butoconazole	Gynomyk®	Local 3 j	OK
Clindamycine	Dalacin®	Local 1 x/j - 7 j PO : 300 mg 2 x/j - 7j	OK
Aciclovir	Zovirax® + DCI et générique	Local PO : 200 mg 5x/j	OK
Imiquimod	Aldara®	Local	CI
Podophylline	Podophylle 2,5 g Collodion souple 1 g Ether - Alcool ad 10 g		CI
Néomycine Nystatine Triamcinolone	Mycolog®		OK
Oestriol Lactobacillus vaginalis	Gynoflor®		OK
Oestriol local	Orthoginest® Vagifem®		OK

facteurs responsables du déséquilibre de l'écosystème vaginal ; il faut insister sur l'importance de penser au diabète ou à l'hypothyroïdie, en particulier dans le cas de mycoses récidivantes. Le traitement fait appel aux dérivés azolés très efficaces, l'itraconazole, le fluconazole ou le ketaconazole par voie générale ou par voie locale (précisons que la voie locale soulage plus rapidement les symptômes de prurit et de dyspareunie). En cas de leucorrhée importante et irritante, on peut conseiller à la patiente de placer des tampons vaginaux qui absorbent les sécrétions et diminuent l'irritation. Quant au partenaire, la présence de picotements, rougeurs ou d'irritations au niveau du pénis ne nécessite aucune prise en charge particulière, un rinçage à l'eau claire suffit à faire disparaître les symptômes et le traitement du partenaire n'empêchera pas les récives chez la patiente.

La prévention des candidoses récidivantes (5 à 8 % sans facteur connu)² implique la correction des déséquilibres écologiques et l'utilisation d'antimycotique PO (exemple : fluconazole 150 - itraconazole - ketaconazole) ou local durant plusieurs mois³.

La vaginose (gardnerellose ou vaginite à *Gardnerella vaginalis*)

Dans cette pathologie, la patiente raconte

typiquement l'histoire d'une leucorrhée malodorante (odeur de poisson augmentée par le savon et le contact avec le sperme) ; fréquemment associée à un mycoplasme (*M. hominis* ou *U. urealyticum*) ; 10 à 20 % des femmes seraient infectées (dont 50 % de manière asymptomatiques). Cette suggestion dans l'anamnèse oriente déjà le diagnostic. On observera fréquemment une alternance candidose/vaginose. Ces deux pathologies ont la même origine à savoir le déséquilibre de l'écosystème vaginal. Le traitement n'est toutefois pas le même, la vaginose répondra bien à l'utilisation de Flagyl® et de clindamycine (il faut préférer un traitement local plutôt qu'un traitement par voie générale). Attention, en cas de grossesse la vaginose même asymptomatique doit être traitée ; en effet, le risque est augmenté de prématuré, de mort *in utero* et de petits poids à la naissance. Donc traitement obligatoire par Flagyl® de préférence PO ou par clindamycine 300 mg pendant 7 jours⁴.

La trichomonase

C'est une pathologie sexuellement transmise dont les femmes diront que les symptômes (leucorrhée, prurit) sont apparus très rapidement après une relation sexuelle, dans les 24 à 48 h. Effectivement, c'est une des rares MST à avoir un délai de contagement extrêmement court, ce qui signifie que dans quasiment tous les cas,

le partenaire responsable de la transmission peut être identifié et doit être traité. Le traitement consiste en l'administration de Flagyl® ou de Fasigyn® par voie générale.

L'herpès

La patiente décrit des douleurs, des brûlures, des sensations d'irritation, " mictalgies ", (en fait des brûlures vulvaires à la miction) très importantes. A l'examen, des lésions typiques sont visibles qui peuvent faire l'objet d'un frottis ; le laboratoire confirmera la présence d'un herpès vaginal. Le traitement local par aciclovir est efficace ; il peut être complété par un traitement par voie générale (remboursé s'il y a au moins 6 épisodes par an). L'herpès est récidivant et très contagieux au moment des poussées vésiculaires. On peut conseiller de garder la zone génitale propre et sèche et d'éviter le savon.

Les condylomes acuminés (également appelés crêtes de coq)

Ils ont un aspect tout à fait typique ; il faut en rechercher la présence sur la vulve autour de l'anus ainsi que dans le vagin et sur le col et leur traitement doit impérativement être entrepris le plus vite possible étant donné la contagiosité importante et l'extension locale que présentent ces lésions. Le délai d'incubation peut être très long, le traitement à base d'imiquimod (Aldara®) est pratique et gérable par la patiente en ambulatoire mais coûte cher. Les conditions de remboursement ne sont pas accessibles aux généralistes. Ce traitement est contre-indiqué en cas de grossesse. Le traitement à base de podophylline est aussi efficace mais demande une surveillance et un rinçage après quelques heures ; la présence du collodion souple améliore le contact entre la podophylline et la lésion mais augmente le risque de brûlure. En cas de lésion très étendue, il faudra recourir à la chirurgie, à la cryothérapie ou au laser.

La bartholinite

La bartholinite, qui est un gonflement éventuellement infecté d'une glande de Bartholin, est une pathologie assez fréquente en médecine générale et également récidivante. Lorsque la bartholinite est surinfectée, un traitement par antibiotique et drainage de l'abcès sera nécessaire. En cas de récurrence, on sera parfois amené à procéder à l'ablation de la glande de Bartholin (intervention plus délicate que la simple marsupialisation).

L'eczéma

Des lésions d'eczéma peuvent être observées à la vulve, eczéma d'allergie à différents produits de contact, lessive, linge,... Très souvent, la patiente va aggraver son eczéma en utilisant toutes sortes de pommades adoucissantes (Nivea®, etc.) pour tenter de soulager les symptômes. Il est très important, au

moment du traitement adapté (qui comportera évidemment de la cortisone avec ou sans antiseptiques ou antimycosiques associés en fonction de la lésion), d'insister pour que la patiente n'utilise aucune autre pommade en plus. Les lésions de grattage pouvant aboutir à des lichens plans doivent également faire l'objet de traitement soit par des crèmes à base d'œstrogènes, soit par des crèmes à base de cortisone, soit par une alternance de celles-ci.

Il ne faut jamais oublier que toute maladie dont l'origine est sexuelle, peut en cacher une autre. Le *Chlamydia*, tueur silencieux, ou des maladies générales comme la syphilis actuellement en recrudescence, le HIV, l'hépatite B, affections qu'il faudra éventuellement rechercher de manière adéquate en fonction des suggestions de l'anamnèse et de la prise de conscience des patientes par rapport aux risques pris.

Les vulvovaginites des petites filles⁵

Elles sont relativement fréquentes, en raison du pH alcalin et des habitudes d'" autotriportages ", de la vulve.

Les germes sont non spécifiques (staphylocoque, streptocoque, *E. Coli*, etc.) et le traitement est local par Fucidin® ou néomycine par exemple. Les prélèvements sont rarement nécessaires.

Il faut penser aux corps étrangers, aux oxyures (très fréquents) et aux jeux sexuels. Rappelons que les jeux " du docteur " ou " de papa-maman " sont une étape normale dans la structuration de la sexualité des enfants entre ± 5 ans et ± 11 ans.

Dans de rares cas, la vulvovaginite sera la manifestation d'un abus sexuel (attention à l'interprétation abusive de prélèvement positif pour le *Chlamydia* ou le *Gardnerella* qui peuvent être transmis lors du passage dans la filière génitale maternelle).

Mycoplasmes

Le *Mycoplasma hominis* et l'*Ureaplasma urealiticum* ont une pathogénicité qui n'est pas totalement élucidée ; il s'agit plutôt de germes opportunistes et révélateurs d'un déséquilibre de la flore qui ne seront traités qu'en cas de colonisation massive.

Les vulves mutilées

On estime actuellement que 100 à 140 millions de femmes (chiffre O.M.S.) vivent dans le monde avec des séquelles de mutilations génitales et sexuelles. Les vagues migratoires récentes en provenance de pays africains nous confrontent de plus en plus souvent à ces vulves mutilées et leurs conséquences (troubles de la sexualité, troubles de la miction, sténose de l'introït vaginal, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

1. Marret H, Wagner-Ballon J, Guyot H, Lehr Drylewicz AM : 120 questions en gynécologie obstétrique. Paris, Masson, 2009 : 442-62
2. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M *et al.* : Le fluconazole pour la candidose vulvovaginale récidivante. Revue Minerva 2005 ; 4 : 122-4
3. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens MM *et al.* : Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med 2004 ; 351 : 876-83
4. Ugwumdu A, Manyonda I, Reid F, Hay P : Effect of early oral clindamycin on late miscarriage and preterm delivery in asymptomatic women with abnormal vaginal flora and bacterial vaginosis : a randomised controlled trial. Lancet 2003 ; 36 : 983-8
5. Les vulvites et vulvo-vaginites de l'enfant. Pédiatrie pratique 2003 ; 151
6. CBIP : répertoire commenté des médicaments, www.cbip.be.

Correspondance et tirés à part :

D. ROYNET
Planning Rochefort
Avenue de Ninove 77
5580 Jemelle
E-mail : dominique.roynet@gmail.com

Travail reçu le 10 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive le 8 juillet 2011.