

# Reconnaître et traiter les lésions des muqueuses génitales féminines

*How to diagnose and how to treat diseases of the genital mucosa ?*

**D. Parent**

Clinique de Pathologie des Muqueuses, Hôpital Erasme

## RESUME

La région génitale de la femme est couverte d'un épithélium pluristratifié kératinisé à l'extérieur (vulve) et non kératinisé à l'intérieur du corps (vagin). Ces caractéristiques peuvent influencer sur l'aspect clinique des dermatoses et sur le choix du traitement. Les plaintes (prurit, douleur et leucorrhée), la topographie des principales dermatoses (psoriasis, lichen plan, lichen scléreux, lichénification, eczémas atopique et allergique de contact, dermatite irritative) et l'aspect des lésions primaires sont essentiels à investiguer. De par sa fonction sexuelle, cette région est le siège de maladies sexuellement transmissibles (MSTs) et de dyspareunies. Ces dernières ont de nombreuses causes et demandent une mise au point et une prise en charge multidisciplinaire. Les examens complémentaires, après une anamnèse et un examen clinique soignés, excluent d'abord les infections puis confirment une dermatose ou une néoplasie à l'aide d'une biopsie. Si une allergie est suspectée, des tests spécifiques sont prescrits. La prise en charge débute par des mesures symptomatiques (produits d'hygiène, cosmétiques etc.) visant à éliminer les irritants puis une réassurance sur trois sujets : le cancer, les MSTs et la fertilité (en fonction des cas). Dans la majorité des cas, le traitement sera de type anti-infectieux (mycoses, bactéries, MSTs), immunosuppresseur (corticoïdes locaux) et/ou anti prurigineux.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 385-91

## ABSTRACT

The genital area in women is covered by a keratinized squamous stratified epithelium outside the body (vulva), and a non keratinized epithelium inside the body (vagina). These characteristics can have an effect on the clinical aspects of the diseases and/or on the choice of the treatment. Symptoms (itching, pain, vaginal discharge), preferential localisation of skin diseases (psoriasis, lichen planus, lichen sclerosus, atopic dermatitis and allergic contact dermatitis, irritative dermatitis) and the aspect of primary lesions are to be investigated. The implication of this region in sexual activity places it at risk of sexually transmitted diseases (STD's) and dyspareunia. These have numerous causes that have to be sought and taken care of, often by multidisciplinary teams. After a careful history and clinical examination, additional tests allow to exclude infections or confirm a skin condition or neoplasia by a skin biopsy. If contact dermatitis is suspected, specific allergy testing is done. Treatment starts with correction of harmful habits (excessive use of soaps, inappropriate cosmetic products,...) that add to the local irritation. Patients are then reassured of common misconception regarding cancer, STD's and fertility. In the vast majority of cases, the treatment will target an infection (fungal, bacterial, STD's), will relieve irritation by the use of local immunosuppressant drugs (local corticosteroids) and / or relief itching symptoms with anti-histamine drugs.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 385-91

**Key words :** vulvar diseases, dyspareunia, vulvar treatments

La pathologie de la région génitale concerne des maladies sexuellement transmissibles (MSTs) : syphilis, herpès génital, infections à papillomavirus (condylomes), des infections à *Candida* (balanites et vulvo-vaginites), des dermatoses et des néoplasies. Les syndromes douloureux (vulvodynies - dyspareunies superficielles) sont un motif de consultation de plus en plus fréquent. Le diagnostic des affections des muqueuses génitales demande une démarche rigoureuse en étapes : 1) description des motifs de consultation ; 2) anamnèse ciblée ; 3) examen physique de la région anogénitale puis de l'ensemble du corps ; 4) réalisation d'examen complémentaires. La démarche diagnostique tient compte des caractéristiques inhérentes à l'anatomie de la région, des lésions primaires et de la symptomatologie.

## ANATOMIE DE LA REGION

Chez la femme, le revêtement de la région génitale montre un continuum progressif du pubis et des grandes lèvres (peau = épithélium kératinisé avec ses annexes : glandes sébacées, sudoripares, follicules pileux) vers le vestibule et le vagin (muqueuse = épithélium non kératinisé). Progressivement, l'épithélium, appelé semi-muqueuse, couvrant les petites lèvres s'amincit, perd sa kératinisation et ses annexes.

## SYMPTOMATOLOGIE (TABLEAU 1)

Le prurit et la douleur sont les plaintes usuelles d'une affection génitale. Leur description (nature, intensité, localisation, évolution), la plus précise possible, aide à la recherche du diagnostic. Le prurit muqueux est très rare, la perception est plutôt douloureuse. Le lichen plan, dermatose très prurigineuse dans les zones cutanées, devient érosif et douloureux au niveau de la semi-muqueuse et de la muqueuse. L'excoriation des zones prurigineuses (vulvo-vaginites ou lichen scléreux) provoque une douleur associée qui est décrite, avec difficulté, par les patientes comme une sensation globale de prurit douloureux. Prurit et douleur peuvent coexister comme deux symptômes d'une même affection ou être l'expression de deux pathologies associées (herpès génital sur névrodermite).

## Prurit<sup>1</sup>

Le prurit accompagne les infections vulvo-vaginales (irritation de la vulve par les sécrétions vaginales), le lichen plan cutané, le lichen scléreux, l'eczéma atopique ou allergique de contact, la dermatite irritative, etc. La vulvo-vaginite mycosique, la trichomoniose et la vaginose bactérienne n'apparaissent que chez la femme sous imprégnation œstrogénique, qu'elle soit préménopausée ou reçoive un traitement hormonal substitutif.

Une hyperplasie bénigne réactionnelle, conséquence mécanique d'une irritation permanente (frottements, grattage, etc.) peut apparaître sous forme de lichénification (ou lichen simplex ou névrodermite). Celle-ci est caractérisée par un épaississement des plis cutanés (peau pachydermique), un aspect grisâtre ou érythémateux d'une zone bien délimitée, souvent unilatérale. Elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée, la pathologie s'auto-entretenant. Un traitement, souvent long de plusieurs semaines voire mois, est nécessaire pour briser le cercle vicieux (prurit ⇒ grattage ⇒ inflammation ⇒ hyperplasie ⇒ prurit ...) et guérir les patientes qui ne sont pas à l'abri de récurrences.

L'environnement chaud et humide de la région génitale aggrave la symptomatologie qui peut être entretenue par des savons, crèmes et autres topiques irritants. Une surinfection candidosique ou une allergie de contact (plus rare) peuvent également compliquer la situation.

## Douleur (tableau 2)

La douleur vulvaire a plusieurs origines : mécanique, neurologique, neuropathique, ... Située au niveau de l'introït, elle est responsable de dyspareunie de pénétration. Elle peut être spontanée ou provoquée (pose de tampons périodiques, vêtements serrés, etc.), associée ou non à des lésions. La **vulvodynie** est définie comme un inconfort vulvaire caractérisé par des plaintes douloureuses à type de sensation de cuisson, piquûre, irritation, sans lésions visibles (*International*

**Tableau 2 : Causes de dyspareunie superficielle (de pénétration).**

INFECTIONS VULVO-VAGINALES
Vulvo-vaginite mycosique
Herpès génital
DERMATOSES
Lichen plan (érosif ou kératosique)
Dermatoses fissurées (lichen scléreux...)
Psoriasis des petites lèvres...
DIVERS
Syndrome du canal d'Alcock
Vaginisme
Vulvite atrophique
EXPRESSION CLINIQUE PEU SPECIFIQUE : érythème
Vulvite atopique
Vulvite allergique
Vulvite irritative
Vulvite de Zoon
VULVODYNIES ou DYSESTHESIES VULVAIRES

**Tableau 1 : Pathologie en fonction de la symptomatologie.**

Prurit	Douleur
Infections vulvo-vaginales Lichen plan cutané Lichen scléreux Lichen simplex - ou névrodermite - ou lichénification Psoriasis (rarement) Eczéma allergique de contact Eczéma atopique	Infections à herpès virus Psoriasis (petites lèvres) Dermatite irritative Fissures Traumatisme mécanique Déficit en œstrogènes Mycose vulvo-vaginale Psoriasis inversé Maladie de Crohn Vulvodynies

*Society for the Study of Vulvovaginal Diseases* : ISSVD 1983). La vestibulite est une vulvodynie, provoquée, située au niveau du vestibule, d'origine probablement neuropathique. En 2003, le terme vestibulite est supprimé officiellement par l'ISSVD ; on parle désormais de vulvodynie ou dysesthésie vulvaire, généralisée ou localisée (vestibulodynie, clitorodynie, hémivulvodynie, etc.), provoquée (par un acte à caractère sexuel ou non), spontanée ou mixte.

Les **fissures** ont une origine variable et un traitement difficile. Situées dans les plis inter fessier, inter-labiaux, para-clitoridiens ... sur fond érythémateux, elles sont caractéristiques d'un psoriasis inversé, lorsque le diagnostic d'intertrigo candidosique a été écarté. Rarement, elles sont associées à une maladie de Crohn.

Des lésions douloureuses sont secondaires à un traumatisme mécanique comme du grattage sur un terrain irrité (vulvo vaginite infectieuse...) ou prurigineux (lichen scléreux). La sollicitation mécanique (pénétration lors du rapport sexuel, placement d'un speculum...) d'un tissu ayant perdu son élasticité aboutit à des plaies également douloureuses et chroniques. La sclérose (lichen scléreux, sénescence), l'hyperkératose (lichen plan et autres dermatoses hyperkératosiques) et l'atrophie (déficit en œstrogènes, sénescence, état post-corticothérapie locale prolongée, etc.) du revêtement mucocutané favorisent ce phénomène. Le traitement de la pathologie sous-jacente, est indispensable pour obtenir une guérison. La semi-muqueuse atrophiée est douloureuse au contact et souvent très sensible au passage de l'urine.

Le lichen plan érosif muqueux est quasi toujours spontanément douloureux. La douleur de l'herpès et du zona est due à l'atteinte des terminaisons nerveuses sensorielles par ces virus neurotropes.

La **dyspareunie** est une douleur apparaissant lors des rapports, elle peut être profonde ou superficielle (dyspareunie de pénétration) (tableau 2). Le syndrome du canal d'Alcock et le vaginisme, en sont deux causes rares. Un examen neurologique écartera la première, l'impossibilité d'introduire le doigt dans l'introït vaginal suggérera la seconde qui, avant toute intervention gynécologique, sera prise en charge psychologiquement.

La face interne des petites lèvres et de la fourchette peuvent être atteintes par des dermatoses. Un érythème, sensible à la palpation et douloureux lors des frottements, se développe, souvent responsable de dyspareunie de pénétration.

Les vulvodynies et en particulier la vestibulodynie, douleur d'origine neuropathique, sont des causes de plus en plus fréquentes de consultation<sup>2,3</sup>

## LESIONS PRIMAIRES

La reconnaissance de la lésion primaire facilite le diagnostic, encore faut-il en connaître les variantes suivant le type d'épithélium et l'environnement. La topographie des lésions est importante : pathologies :

- 1) exclusivement cutanées (psoriasis, lichénification, lichen scléreux, dermatophyties, etc.) ;
- 2) muco-cutanées (lichen plan, eczéma allergique de contact, herpès génital, condylomes...) ;
- 3) ou à départ muqueux (trichomoniose, vaginose bactérienne, etc.).

Macération et frottement induisent la disparition des squames (psoriasis inversé, dermatophyties, etc.) ou l'abrasion des toits de bulles et de vésicules (herpès, Zona, affections bulleuses auto-immunes, etc.) aboutissant à des ulcérations ou à des érosions.

### Les lésions vésiculeuses, bulleuses, érosives et ulcérées<sup>4-6</sup>

L'interrogatoire et l'examen clinique s'efforcent de déterminer s'il s'agit d'une lésion primitive avec un toit (bulle ou vésicule) ou d'une érosion ou d'une ulcération *de novo* (tableau 3). Le nombre de lésions, leur âge, leur chronicité, leur récurrence, leur symptomatologie orientent le diagnostic.

**Tableau 3 : Causes d'ulcérations vulvaires.**

Ulcération post bulle	Ulcération <i>de novo</i>
INFECTIEUSE Herpès génital Zona	INFECTIEUSE Chancres sexuellement transmissibles Tuberculose Infection du virus d'Epstein-Barr Infection au VIH (aphtes géants)
AUTO-IMMUNE Pemphigoïde bulleuse Pemphigoïde bulleuse cicatricielle Pemphigus vulgaire	DERMATOSES Aphtes Lichen scléreux - lichen plan Pyoderma gangrenosum Hidrosadénite suppurée Erythème pigmenté fixe
NON AUTO-IMMUNE Erythema multiforme Toxic epidermal necrolysis Acute contact dermatitis...	MALADIE SYSTEMIQUE Maladie de Behçet Lupus érythémateux Maladie de Crohn
	PRE-NEOPLASIE / NEOPLASIE
	TRAUMATISME

### Les lésions tumorales

Les plus fréquentes sont virales induites par les papillomavirus, condylomes ou papules génitales ; leur diagnostic clinique doit rarement être confirmé par une histologie. Le typage du virus est sans objet, par contre l'examen de toute la région anogénitale est primordial.

Les carcinomes épidermoïdes sont de deux types, en fonction de leur étiologie. Chez la femme jeune, le papillomavirus type 16 est responsable de la majorité de ces néoplasies ; chez la femme âgée, les

tumeurs malignes s'observent sur un terrain pathologique comme le lichen scléreux. La biopsie confirme le diagnostic.

### **Les lésions érythémateuses – blanches – pigmentées**

L'érythème vulvaire est peu spécifique et correspond à des pathologies aussi variées que vulvovaginite infectieuse, lichen plan érosif, psoriasis, eczéma atopique ou allergique de contact, dermatite irritative, vulvodynie, vestibulite, maladie de Zoon, maladie de Paget, etc.

Dans le vitiligo, le tégument est blanc mais normal et asymptomatique. Lorsqu'il est atrophique, nacré et prurigineux, il suggère un lichen scléreux. Les deux pathologies ont une prédilection pour la région anogénitale et sont parfois associées.

Les macules pigmentaires sont mélanocytaires (naevi, lentigines, mélanomes) ou secondaires à des dépôts de mélanine (pigmentation post-inflammatoires notamment dans le lichen plan, pigmentation ethnique...)<sup>7</sup>. La biopsie est souvent nécessaire pour établir le pronostic et le traitement.

### **LA CONSULTATION**

L'anamnèse établit le début des plaintes, s'il s'agit d'une affection aiguë, chronique ou récidivante avec ou sans prodromes. L'interrogatoire comprend les antécédents médicaux et chirurgicaux, les médicaments y compris la contraception, les contextes d'atopie familiale et personnelle, les allergies ainsi que les produits utilisés pour les soins de toilette.

L'examen de la région anogénitale est systématique, (région anale et pli inter-fessier, pubis, grandes lèvres, petites lèvres, région clitoridienne, zone du méat urinaire, fourchette, vestibule). L'évaluation de la douleur comporte la recherche d'excoriations, de fissures, d'ulcérations. Le doigt passe sur les zones érythémateuses à la recherche d'une sensibilité douloureuse, puis est introduit dans l'orifice vaginal. Il palpe le trajet de l'urètre et explore le pourtour vestibulaire. Le signe du coton est recherché si nécessaire. Un speculum est ensuite mis en place.

Les autres localisations examinées sont : sphère orale (lichen plan, chéilite atopique, langue géographique, chéilite commissurale, bulloses auto-immunes) ; cuir chevelu (psoriasis, lichen plan, névrodermite) ; ongles (psoriasis, lichen plan, etc.) ; région palmo-plantaire (psoriasis, eczéma, érythème polymorphe, syphilis) ; coudes et genoux (psoriasis, eczéma atopique), etc.

### **LES DERMATOSES VULVAIRES<sup>8-10</sup>**

#### **Psoriasis**

Le psoriasis est une maladie familiale aux

localisations variées (cuir chevelu, ongles, pli rétro-auriculaire, coudes, genoux, région sacrée, etc.). Les lésions de la région anogénitale sont symétriques, bien délimitées et érythémato-squameuses en peau sèche (pubis, grandes lèvres, fesses, cuisses). Dans les régions macérées, elles sont rouges, vernissées, lisses avec des fissures, souvent asymptomatiques.

#### **Lichen scléreux (anciennement lichen scléro-atrophique)**

Le lichen scléreux vulvaire est une dermatose sous-estimée et sous-diagnostiquée. C'est le diagnostic le plus fréquent dans une consultation de pathologie de la vulve et le 3<sup>ème</sup> diagnostic en fréquence dans la pathologie génitale de l'enfant. Il peut apparaître à tout âge avec 2 pics de fréquence : les enfants de 2 à 8 ans et les femmes entre 50 et 60 ans<sup>11</sup>.

Les lésions primitives sont des papules blanches, ivoirines, planes confluant en plaques donnant à la semi-muqueuse vulvaire un aspect blanc nacré atrophique, souvent symétrique. Le prurit induit un grattage provoquant des suffusions hémorragiques, rarement des bulles. La maladie évolue par poussées pendant des années, provoquant une atrophie progressive, irrémédiable : encapuchonnement du clitoris, symphyse antérieure, disparition des petites lèvres, bride postérieure de la fourchette. Des dystrophies épithéliales peuvent apparaître, de même qu'un carcinome épidermoïde (4 à 6 % des cas) sur des lichen scléreux traités ou non. Ceci justifie une surveillance annuelle toute la vie. Le diagnostic est clinique ou histologique en fonction de l'expérience du clinicien.

#### **Lichen plan**

Le lichen plan de la région génitale est isolé dans 75 % des cas. Sa clinique est polymorphe, variant en fonction de sa localisation (cavité buccale, cuir chevelu, ongles, corps) et de la nature du tissu atteint (peau, semi-muqueuse, muqueuse). Les plaintes sont variables : prurit, douleur, ou la patiente est asymptomatique. Les lésions cutanées sont des papules leucokératosiques. Des plages érythémateuses, érosives ou leucoplasiques entreprennent les muqueuses. Les macules pigmentées sont post-inflammatoires. Les stries de Wickman (en réseau, annulaires, ...) sont spécifiques de l'affection. Cette maladie, chronique et récidivante, peut évoluer de façon destructrice (alopécie cicatricielle, destruction unguéale) et provoquer les mêmes altérations vulvaires que le lichen scléreux. Le risque de transformation néoplasique est faible, plus important dans les formes érosives et hyperkératosiques. L'atteinte vaginale est érosive, très douloureuse et handicapante.

#### **Eczémas endogène (dermatite atopique) ou exogène (allergie de contact ou irritation)<sup>12-14</sup>**

La clinique est peu spécifique et dominée par un prurit anal et/ou génital. L'atteinte de la face interne

des petites lèvres et de la fourchette est à l'origine de douleurs induites par un phénomène mécanique (rapport sexuel, speculum, vêtements serrés, strings, tampons, serviettes périodiques, etc.). L'érythème, l'œdème, parfois une lichénification secondaire composent le tableau clinique. L'examen anatomopathologique n'est pas toujours caractéristique, tantôt eczéma aigu avec spongiose, tantôt eczéma chronique avec lichénification, tantôt dermatite chronique non spécifique.

### **Dermatite irritative**

La dermatite irritative aiguë est due généralement à l'application d'un topique de composition, concentration ou durée d'application inadéquate, provoquant une réaction caustique (érythème, œdème et sensation douloureuse).

Tout ce qui concourt à entretenir une humidité (transpiration, sécrétions vaginales, urines, etc.) ou des frottements (vêtements serrés, obésité, protège-slips, serviettes périodiques, etc.) au niveau de cette région favorise une dermatite irritative chronique et aggrave le prurit. Les savons, parfums, désinfectants, crèmes dépilatoires, etc. sont des irritants potentiels pour des peaux plus fragiles notamment atopiques. Les nombreux traitements locaux, utilisés sans diagnostic ni discernement, sont souvent responsables de la persistance ou de la réapparition de la symptomatologie. Celle-ci associe prurit cutané ou sensation douloureuse de la semi-muqueuse avec un érythème chronique ou une lichénification.

### **Eczéma allergique de contact**

Les allergènes les plus fréquemment responsables d'eczéma dans la région anogénitale se trouvent dans les traitements locaux sous forme de médicaments (anesthésiques, antibactériens, corticoïdes, antifongiques, etc.) ou sous forme de conservateurs ou d'autres composés de l'excipient. Les cosmétiques et les protections intimes (savons, parfums et déodorants, serviettes périodiques, protège-slips), les contraceptifs (condoms, spermicides, diaphragme), la lingerie foncée (colorants) contiennent également des allergènes potentiels. Les *patch-tests* explorent l'hypersensibilité retardée. Le diagnostic ne peut être retenu que si la pertinence d'un test positif pour un allergène est démontrée.

### **Eczéma atopique**

Les patients atopiques ont une prédisposition génétique à développer des réactions d'hypersensibilité vis-à-vis d'antigènes de l'environnement, avec des immunoglobulines E comme médiateurs. Leur anamnèse montre une histoire personnelle ou familiale d'atopie : eczéma dans l'enfance, allergie au lait, asthme, rhinite, conjonctivite allergiques, etc. La peau est sèche et plus sensible aux irritants (mécaniques, détergents, froid, etc.), les allergies de contact sont

également plus fréquentes. Les patientes atopiques sont souvent sujettes aux mycoses vulvo-vaginales. L'examen physique peut montrer des signes évocateurs au niveau du visage, des lèvres, des mains, des pieds, etc.

### **LA MISE AU POINT**

Les examens complémentaires, s'ils sont nécessaires, sont réalisés en suivant un raisonnement précis :

- exclusion d'une infection primaire ou secondaire ;
- exclusion d'une pathologie néoplasique ou confirmation d'une dermatose par biopsie ;
- confirmation d'une affection allergique.

En pratique, la présence d'une leucorrhée oriente vers une infection vulvo-vaginale (primo-infection herpétique incluse), son absence vers une dermatose vulvaire. Au moindre doute, l'infection mycosique primaire ou secondaire est recherchée et traitée. La biopsie n'est jamais réalisée si la candidose n'a pas été exclue, cette dernière perturbe l'interprétation, d'emblée délicate, de l'examen histologique. Les sécrétions vaginales physiologiques sont variables en aspect et en quantité, elles ne seront pas confondues avec des leucorrhées pathologiques.

La biopsie<sup>15</sup> comporte :

- anesthésie locale ;
- obtention d'une biopsie de 4 mm de diamètre avec une punch-biopsie ;
- suture avec fil de soie 5/0.

L'expertise de l'anatomopathologiste est essentielle. En fonction de la pathologie, la mise au point comporte une biologie avec dosage des Ig E et RAST classiques (pollens, poussières, acariens) et plus spécifiques de la région génitale (Candida, sperme, latex) ou des tests (*patch-tests* ou *prick-tests*). Les patientes souffrant de vulvodynies sont prises en charge par des équipes spécialisées.

### **TRAITEMENTS**

#### **Mesures symptomatiques**

Comme tout topique contient des irritants potentiels, toute application médicamenteuse, cosmétique et hygiénique non justifiée doit être arrêtée. Il en est de même pour les injections intra-vaginales qui, de plus, détruisent la flore normale. Un savon unique, à usage intime et corporel, est choisi parmi les produits destinés aux peaux atopiques. Ceux-ci sont également utilisés, en cas de nécessité, pour traiter la sécheresse cutanée. La macération est gérée par l'utilisation de compresses de permanganate de potassium (dilution : 1/10.000 - 10 minutes d'application deux fois par jour). Ce dernier est un antiseptique efficace ; la chlorhexidine (Diasseptyl®) et l'isobétadine® gynécologique sont aussi bien supportés au niveau de la semi muqueuse.

## Mesures anti-infectieuses

La Flammazine® et la fucidine (Fucidin®) sont les deux antibiotiques prescrits pour le traitement des pathologies bactériennes en curatif (abcès) ou en préventif (fissures, plaies, ulcères, etc.). Il est évident que la cause primaire de ces lésions doit être traitée parallèlement.

Les antimycosiques locaux<sup>16</sup> existent sous forme de crèmes cutanées, crèmes vaginales et ovules vaginaux. Toutes sont potentiellement irritantes, leur prescription est motivée par une mycose diagnostiquée et non par le seul fait que la patiente se plaint de prurit vulvaire ou de pertes vaginales. Leur destination est respectée, les crèmes dermiques sur la peau et les crèmes vaginales dans le vagin. L'association d'antibiotiques ou d'antimycosiques avec des corticoïdes est un traitement réservé à des cas précis et non un traitement fourre-tout pour cacher l'absence de diagnostic. En effet, les corticoïdes favorisent les mycoses et retardent la guérison. La vulvo-vaginite mycosique aiguë avérée est traitée par une prise orale (1 jour) ou une application locale intra-vaginale (1, 3 ou 7 jours) d'azolés. L'efficacité de ces deux posologies est équivalente. Le fluconazole et l'itraconazole sont contre-indiqués chez la femme enceinte, ils ont des interactions avec un bon nombre d'autres molécules thérapeutiques. Le traitement local de 3 jours est le meilleur choix alliant efficacité et compliance. L'intolérance à ces topiques est plus souvent due à une irritation qu'à une véritable allergie aux azolés. La résistance au traitement est également rare. L'absence de guérison est le plus souvent due à un mauvais diagnostic. La résorption gastrique insuffisante pour atteindre un taux efficace est possible surtout avec l'itraconazole qui sera ingéré au milieu du repas. La vulvo-vaginite mycosique compliquée 1) avec extension cutanée sévère, ou 2) à *Candida non albicans* persistante, ou 3) récidivante (au

moins 4 épisodes en un an), ou 4) persistante sur terrain fragilisé (grossesse, infection à VIH, diabète, etc.) sera prise en charge de façon spécifique. Les infections mycosiques génitales ne sont pas des maladies sexuellement transmissibles, le partenaire n'est donc pas traité d'office.

## Mesures anti-prurit

Le prurit disparaît en général quand sa cause est convenablement traitée et les éléments irritants qui l'entretiennent écartés. La prise d'antihistaminiques *per os* est le traitement symptomatique du prurit, pas l'application de corticoïdes. La prescription en est indiquée pour éviter le grattage et l'insomnie, pour soulager le patient en attente de diagnostic ou dans des indications comme l'allergie ou l'atopie.

## Traitements des dermatoses vulvaires<sup>17,18</sup>

Les corticoïdes en application locale (tableau 4) restent le traitement de premier choix des dermatoses vulvaires (lichens, psoriasis, eczémas). Ils sont classés en fonction de leur puissance (tableau 4). Leur choix dépend de la maladie : lichen scléreux (très puissant), lichen plan, névrodermite, psoriasis (puissant), eczémas allergique, atopique (modéré), dermatite irritative (faible). Le traitement peut durer plusieurs semaines, un suivi régulier est indispensable. Le risque d'effets secondaires systémiques des corticoïdes est négligeable avec un traitement bien conduit. Les effets secondaires locaux sont bien réels et apparaissent individuellement. Les corticoïdes puissants, en particulier le propionate de clobétasol, en application prolongée, provoquent une atrophie cutanée et des vergetures. Leur action immunodépressive peut réactiver des poussées d'herpès génital ou d'infections à papillomavirus et entretenir des infections vulvo-vaginales mycosiques à *Candida* souvent non albicans.

**Tableau 4 : Classes de corticoïdes et premier choix thérapeutique en fonction de la dermatose.**

Classe	Premier choix	Molécules	Spécialités
IV Faible	Irritation	Hydrocortisone Acétate	Cortril® Crémicort®
III Modéré	Eczéma allergique de contact  Eczéma atopique	Triamcinolone acétonide Fluprednideni acetate Flumetasone pivalate Fluocinolone acetonide Desonide Clobétasone butyrate	Delphi® Decoderm® Locacortène® Synalar γ® Sterax® Eumovate®
II Puissant	Psoriasis  Lichen plan  Névrodermite	Bétaméthasone valérate Méthylprednisolone aceponate Amcinonide Fluocinolone acetonide Fluticasone propionate Mometasone furomate Diflucortone valérate Hydrocortisone butyrate Halometasone monohydrique	Betnelan V® Advantan® Amicla® Synalar® Cutivate® Elocom® Nerisona® Locoid® Sicorten®
I Très puissant	Lichen scléreux	Bétaméthasone dipropionate Bétaméthasone dipropionate Clobetasol propionate	Diprosone® Diprolène® Dermovate®

Un traitement alternatif ou de relais existe pour le psoriasis : les dérivés de la vitamine D en application locale, leur action est moins rapide mais plus prolongée que celle des corticoïdes, les deux molécules peuvent être associées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Welsch B, Howard A, Cook K : Vulval itch. *Aust Fam Physician* 2004 ; 33 : 505-10
2. Edgardh K, Abdelnoor M : Vulvar vestibulitis and risk factors : a population-based case-control study in Oslo. *Acta Derm Venereol* 2007 ; 87 : 350-4
3. Reed BD : Vulvodynia : diagnosis and management. *Am Fam Phys* 2006 ; 73
4. Bohl TG : Vulvar ulcers and erosions : a dermatologist's viewpoint. *Dermatologic Therapy* 2004 ; 17 : 55-67
5. Lewis FM, Velangi SS : An overview of vulvar ulceration. *Clin Obstet Gynecol* 2005 ; 4 : 824-37
6. Sardana K, Sehgal VN : Genital ulcer disease and human immunodeficiency virus : a focus. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 : 391-405
7. Ribé A : Melanocytic lesions of the genital area with attention given to atypical genital naevi. *J Cutan Pathol* 2008 ; 35 (Suppl 2) : 24-7
8. O'Connell TX, Nathan LS, Satmary WA, Goldstein AT : Non-neoplastic epithelial disorders of the vulva. *Am Fam Physician* 2008 ; 77 : 321-6
9. Hammock LA, Barrett TL : Inflammatory dermatoses of the vulva. *J Cutan Pathol* 2005 ; 32 : 604-11
10. Olsson A, Selva-Nayagam P, Oehler MK : Postmenopausal vulval disease. *Menopause Int* 2008 ; 14 : 169-72
11. Powell J : Paediatric vulval disorders. *J Obstet Gynaecol* 2006 ; 26 : 596-602
12. Farage MA : Vulvar susceptibility to contact irritants and allergens. *Arch Gynecol Obstet* 2005 ; 272 : 167-72 (Epub 2005)
13. Bauer A, Rodiger C, Greif C, Kaatz M, Elsner P : Vulvar dermatoses - irritant and allergic contact dermatitis of the vulva. *Dermatology* 2005 ; 210 : 143-9
14. Farage M, Maibach HI : The vulvar epithelium differs from the skin : implications for cutaneous testing to address topical vulvar exposures. *Contact Dermatitis* 2004 ; 51 : 201-9
15. Irvin W, Taylor P Jr : Biopsy of lesions of the female genital tract in the ambulatory setting. *J Long Term Eff Med Implants* 2004 ; 14 : 185-99
16. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M *et al.* : Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 876-83
17. Welsh BM, Berzins KN, Cook KA, Fairley CK : Management of common vulval conditions. *Med J Aust* 2003 ; 178 : 391-5
18. Libby E : Dermatologic therapy of chronic genital disease. *Dermatologic Therapy* 2004 ; 17 : 1-7

### Correspondance et tirés à part :

D. PARENT  
Hôpital Erasme  
Clinique de Pathologie des Muqueuses  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles  
E-mail : dominique.parent@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 12 mai 2009 ; accepté dans sa version définitive le 16 juillet 2009.