

Les infections gynécologiques courantes

Common genital infections

E. Marty et P. Simon

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

Les infections vulvo-vaginales sont des affections fréquemment rencontrées par les gynécologues et les médecins généralistes. Leur apparition et leur récurrence doivent amener à une discussion quant au dépistage des maladies sexuellement transmises (MST), notamment lorsqu'il s'agit d'infections par trichomonas vaginalis et herpès. En effet, même si elles ne font pas partie des MST à proprement parler, leur prévalence est augmentée avec le nombre de rapports sexuels et le nombre de partenaires ; ceux-ci doivent également être traités. Il est nécessaire de documenter les infections primaires, mais également les récurrences parce que de plus en plus de résistances aux traitements habituels sont observées de même que de nouveaux types de germes comme les Candida glabrata.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 274-7

ABSTRACT

Vulvo-vaginal infections are frequently encountered by gynecologists and general practitioners. The diagnosis and the recurrence of these affections must lead to a discussion about sexually transmitted disease, notably when trichomonas vaginalis and herpetic infections are found. Even if they do not correspond to classical sexually transmitted diseases, their prevalence is increased by sexual intercourse reports and the number of partners which should also be treated. It is necessary to document the responsible germs, even in case of recurrence as more and more resistance to usual treatments are found together with the appearance of new germs like Candida glabrata.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 274-7

Key words : Vulvo-vaginal infection, recurrent gynecological infection

INTRODUCTION

Les infections gynécologiques courantes, vulvovaginites, bartholinites sont des affections fréquentes. Historiquement prises en charge essentiellement par les gynécologues, elles sont de plus en plus traitées par les médecins généralistes, signe de leur implication croissante pour la gynécologie et le suivi de la grossesse, signe également de la féminisation de la profession.

La prise en charge de ces infections ne se limite pas à la prescription d'un traitement ponctuel. Elle comprend également l'analyse des interactions médicamenteuses éventuelles entre les traitements (par exemple les antimycotiques) prescrits et les drogues déjà utilisées par la patiente. Ces infections vulvo-vaginales sont également le signe d'appel d'autres pathologies générales ou de maladies sexuellement transmises qu'il conviendra de dépister dans le temps de la prise en charge.

Les affections les plus fréquentes seront abordées, le détail de la prise en charge sera détaillé lors de la présentation orale. Toutefois, des tableaux récapitulatifs seront fournis dans ce texte.

Abcès de la glande de Bartholin / Bartholinites

La glande de Bartholin est une structure mal limitée, localisée en profondeur de la partie inférieure de la grande lèvre dont l'orifice excréteur est localisé au niveau de la face interne de la petite lèvre. L'incidence de l'infection ou de l'abcédation de cette glande a été revue dans une série récemment publiée¹. L'incidence respective des kystes et des abcès est de 0,55 et de 0,95 cas/1.000 par an pour la population féminine générale (survient donc environ chez 2 % des femmes). Si l'étude se limite à la population des femmes de 35 et 50 ans, l'incidence est alors respectivement de 1,21 et 1,85 cas/1.000 femmes par an. L'analyse des régressions logistiques multivariées fait apparaître que ces pathologies sont liées à l'âge ($P < 0,01$) mais pas à la saison, ou au statut socio-

économique. L'incidence tend à diminuer rapidement après la ménopause.

Le traitement chirurgical le plus souvent appliqué est la marsupialisation (45,2 %) pour les kystes essentiellement et le drainage simple pour les abcès (71,5 %).

Ni le traitement conservateur, ni le traitement chirurgical n'a pu démontrer sa supériorité. Une alternative est offerte par la mise en place d'un cathéter de Word² qui peut aisément être placé en cabinet de consultation. Il est constitué d'un tuyau de petit calibre terminé par un ballon qui est gonflé et laissé en place dans la cavité abcédée. La mise en place en est simple (87 % de succès dans une petite série de 30 cas). La durée médiane de persistance de ce cathéter est de 19,1 jours, aboutissant à un risque de récurrence de 3,8 % seulement (1 cas sur 26). La facilité d'usage couplée à la réduction significative du coût comparé à l'intervention chirurgicale (226 € vs 1.282 € pour une admission en hôpital de jour) favorisera sans doute l'extension de ce traitement³.

Mycoses vaginales

Les candidoses vulvo-vaginales sont majoritairement causées par les souches de *Candida*⁴. Elles affectent jusqu'à 75 % des femmes durant leur vie. Quoique *Candida albicans* soit la souche la plus fréquente, les souches non *albicans* (*glabrata*, *parapsilosis* et *tropicalis*) sont de plus en plus rencontrées.

Les facteurs favorisants liés à l'hôte sont bien connus : grossesse, traitement hormonal de substitution, diabète mal équilibré, immunosuppression, antibiotiques, corticoïdes et prédispositions génétiques, mais le mode de vie influence également le risque (pratiques sexuelles, pilule contraceptive, spermicides, habillement...).

Le terme vulvo-vaginite compliquée (à *candida*) regroupe les formes récidivantes (4 infections sur une période d'un an), les infections à *Candida non albicans* et celles qui touchent une patiente compromise. Dans de telles circonstances, une recherche d'immuno-déficience et de diabète devra être effectuée⁵.

Le traitement des mycoses vulvo-vaginales dépend de la présence ou non des symptômes. L'identification seule d'une levure ne justifie en effet pas le traitement. En cas de grossesse toutefois, un traitement local sera recommandé (les symptômes peuvent être plus sévères) et prolongé pour une période de 7 à 14 jours.

Vaginose bactérienne

La vaginose bactérienne⁶ n'est pas à proprement parler une infection spécifique ; ce terme correspond davantage à la perte du Lactobacille de la flore vaginale dont elle représente 95 % en temps normal. Il est

vraisemblable que ce lactobacille protège le vagin des infections en maintenant un pH acide et en enrichissant le milieu en peroxyde d'hydrogène. Lors de la vaginose, la concentration en Lactobacille diminue, permettant la prolifération d'autres germes tels que *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Prevotella* et Mycoplasmes. Quoiqu'il ne s'agisse pas d'une maladie sexuellement transmise au sens propre, la vaginose bactérienne est cependant le reflet de l'activité sexuelle et son incidence s'accroît à la fois avec le nombre de partenaires mais aussi de rapports.

Elle représente la cause la plus fréquente de perte vaginale odorante et est associée à nombre de situations pathologiques gynécologiques et obstétricales (Salpingites subcliniques, rupture prématurée des membranes, accouchements prématurés, endométrites...). La prévalence de la vaginose avoisine 30 % dans les consultations spécialisées en MST mais peut atteindre 50 % dans les populations à haut risque (prostitution). Son diagnostic peut être posé par l'examen au microscope des pertes démontrant des " *Clue cells* ", par l'odeur caractéristique qui se révèle soit spontanément, soit lors de l'addition d'hydroxyde de potassium et par l'examen quantitatif en coloration de Gram, fournissant un score de Nugent suggérant ou confirmant le diagnostic.

Herpes vulvo-vaginal

L'incidence et la répartition des lésions herpétiques ont été revues récemment dans une cohorte londonienne⁷ de consultation de médecine génito-urinaire. Il y apparaît que dans cette population, l'infection herpétique est plus fréquente chez l'homme (56 vs 44 %) et que chez la femme, c'est la vulve qui paraît le plus souvent atteinte (77 %). La majorité (61 %) des cas est découverte lors d'un premier épisode. Cependant, l'analyse de la sérologie HSV-2 indique que 38 % des primo-infections sont en fait des infections récurrentes et que 37 % des infections récidivantes étaient causées par HSV malgré une PCR négative. La grande majorité des infections génitales herpétiques est, dans cette série causée par HSV-2 (93,5 % vs 6,5 % pour HSV-1). L'infection par HSV-1 est retrouvée préférentiellement dans la population blanche.

Trichomonas

Trichomonas vaginalis (TV) est l'agent infectieux non viral le plus souvent retrouvé dans les infections sexuellement transmises à travers le monde (170 millions de nouveaux cas par an)⁸. Sa prévalence est de 3,1 %⁹ chez les femmes en âge de reproduction. Une majorité (64-90 %) des patientes atteintes ne présente pas de symptôme¹⁰ ce qui est associé à la persistance de l'infection.

La sensibilité de l'examen au microscope (dans les 10 minutes de la collecte) est de 65 % et la culture du parasite de 75 % (mais la spécificité proche de 100 %). Le test par immuno-assay¹¹ est le plus sensible

(82-95 %) et fournit le résultat en une dizaine de minutes.

Le traitement par une simple dose de Metronidazole est l'approche de première ligne, toutefois, les échecs de traitement avoisinent 7 à 10 % ce qui est supérieur à la résistance au médicament (2 à 5 %) et sans doute attribuable à l'écologie du vagin¹².

CONCLUSION

Les infections vulvo-vaginales sont fréquentes chez les femmes en âge de procréer mais aussi chez les patientes prépubères et post ménopausiques.

L'incidence des maladies transmises sexuellement se modifie peu et il paraît primordial de procéder à un screening complet (incluant le dépistage des hépatites virales, de la syphilis et du syndrome d'immuno-déficience acquise) lorsqu'une infection herpétique ou par *Trichomonas vaginalis* est mise en évidence. L'examen et/ou les dépistages des partenaires sexuels augmente le taux de guérison, toutefois, l'exemple des trichomoniasis illustre que le traitement du/des partenaires sans screening, même s'il n'est pas optimum en termes de politique de santé publique, améliore le taux de guérison.

Conflits d'intérêt : néant.

Maladie	Traitement	Durée
Bartholinite	Amoxiclav® 875 mg 3/jour Kyste : Marsupialisation Abscess : Drainage Cathéter de Word	7 jours
Mycose	miconazole (local) Fluconazole® (per os) 150 mg	7 jours 1 prise
<i>Réurrence</i>	Fluconazole® (per os) 200 mg	1 gélule/jour pendant 3 jours Puis 1 gélule/semaine
Gardnerella/vaginose bactérienne	Metronidazole® 500 mg	2 co/jour pendant 7 jours
Herpès simplex	Aciclovir® 200 mg	1 co 5/jour 5 jours Si récurrence Aciclovir® 800 mg ½ co/12 heures/1 à 3 mois
Trichomonas	Métronidazole® 2 g tinidazole 2 g	1 prise 1 prise
<i>Réurrence</i>	Métronidazole® 2 g	5 jours

BIBLIOGRAPHIE

1. Yuk JS, Kim YJ, Hur JY, Shin JH : Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet* 2013 ; 122 : 62-4
2. Haider Z, Condous G, Kirk E, Mukri F, Bourne T : The simple outpatient management of Bartholin's abscess using the Word catheter : a preliminary study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007 ; 47 : 137-140
3. Reif P, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Hausler M, Schnedl-Lamprecht E, Tamussino K : Management of Bartholin's cyst and abscess using the Word catheter : implementation, recurrence rates and costs. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 ; 190 : 81-4
4. Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S. : Vulvovaginal candidiasis : Epidemiology, microbiology and risk factors. *Crit Rev Microbiol* 2015 ; 21 : 1-23
5. Van Schalkwyck J, Yudin MH, Infectious Disease Committee, *et al.* : Vulvovaginitis : screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynecol Can* 2015 ; 37 : 266-276
6. Bautista CT, Wurapa E, Saterren WB, Morris S, Hollingsworth B, Sanchez JL : Bacterial vaginosis : a synthesis of the literature on etiology, prevalence, risk factors, and relationship with chlamydia and gonorrhea infections. *Mil Med Res* 2016 ; 3 : 4. doi: 10.1186/s40779-016-0074-5.
7. Ramaswamy M, McDonald C, Sabin C, Tenant-Flowers M, Smith M, Geretti AM : The epidemiology of genital infection with herpes simplex virus types 1 and 2 in genitourinary medicine attendees in inner London. *Sex Transm Infect* 2005 ; 81 : 306-8
8. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH, Berkley SF, Piot P : Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect* 1998 ; 74 : S12-6
9. Sutton M, Sternberg M, Koumans EH, McQuillan G, Berman S, Markowitz L : The prevalence of *Trichomonas Vaginalis* infection among reproductive age women in the United States 2001-2004. *Clin Inf Dis* 2007 ; 45 : 1319-26
10. Paterson BA, Tabrizi SN, Garland SM, Fairley CK, Bowden FJ : The tampon test for trichomoniasis : a comparison between conventional methods and a polymerase chain reaction for *Trichomonas vaginalis* in women. *Sex Transm Infect* 1998 ; 74 : 136-9
11. Huppert JS, Mortensen JE, Reed JL *et al.* : Rapid antigen testing compares favorably with transcription-mediated amplification assay for the detection of *Trichomonas vaginalis* in young women. *Clin Infect Dis* 2007 ; 45 : 194-8.
12. Kissinger P : *Trichomonas vaginalis* : a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. *BMC Infect Dis* 2015 ; 15 : 307. doi: 10.1186/s12879-015-1055-0

Correspondance et tirés à part :

P. SIMON
Hôpital Erasme
Service de Gynécologie-Obstétrique
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : philippe.simon@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 26 avril 2016 ; accepté dans sa version définitive
le 16 juin 2016.