

# INFECTIONS GÉNITALES BASSES

## → LA PHYSIOLOGIE

La flore vaginale normale est un écosystème, dynamique, polymorphe, composé de huit à dix espèces de germes en équilibre.

La flore dominante est le bacille de Döderlein. Ce lactobacille est en grande partie responsable du PH acide du vagin, facteur protecteur de la prolifération microbienne. Sa présence témoigne donc d'un bon équilibre vaginal.

Au sein de cet écosystème, coexistent aussi un certain nombre de bactéries, pouvant, à la faveur de certaines circonstances, se comporter comme des pathogènes opportunistes.

Ces bactéries, dont le portage est fréquent, sont des :

- Streptocoques du groupe B et D
- Entérobactéries (E. Coli, Protéus...)
- Anaérobies (Chlostridium, Bactéroïdes, Mobiluncus)
- Gardnerella vaginalis
- Candidas
- Mycoplasmes (Hominis, Uréaplasma, Uréaliticum)

On peut donc distinguer les infections liées à des germes issus de la flore commensale saprophyte (vaginale, digestive et oro-pharyngée), de celles transmises sexuellement (Trichomonas vaginalis, Chlamidiae Trachomatis, Neisseria gonorrhée, HSV, HPV).

## → LES VULVO-VAGINITES MYCOSIQUES

Ce sont des troubles de l'écosystème vaginal liés à la prolifération de levures saprophytes : candidas albicans dans 90 % des cas, C. glabrata plus rarement.

On considère que 75 % des femmes développent une candidose vulvo-vaginale, et que 6 à 9 % d'entre elles seront sujettes aux mycoses récidivantes, définies par plus de quatre récurrences annuelles.

Les facteurs de risque <sup>(1)</sup> peuvent être liés à :

- **la patiente** : immunodéficience, antibiothérapie chronique, stéroïdes, traitement hormonal de la ménopause, diabète non contrôlé,
- **des comportements** : contraception orale, DIU, éponges vaginales, fréquence des rapports, rapports orogénitaux, port de collants et protège-slips (si mycose à répétition seulement),
- **des facteurs génétiques et familiaux.**

Texte présenté aux 44<sup>es</sup> Assises Nationales des Sages-Femmes Saint-Malo, 25-26-27 mai 2016. Avec leur aimable autorisation.

Le symptôme essentiel est le prurit vulvo-vaginal entraînant des dyspareunies superficielles, des brûlures après les rapports sexuels, des dysuries et des brûlures post-mictionnelles.

À l'examen, on observe un érythème et œdème des lèvres, un érythème vulvaire et des leucorrhées blanches, caille-bottées, grumeleuses. Le col est d'aspect normal.

Le prélèvement vaginal n'est pas obligatoire si la clinique et le contexte sont suffisamment évocateurs.

Le traitement repose sur l'administration d'un antifongique local, par ovule d'imidazolé d'action longue en prise unique et application de crème sur la vulvite pendant 7 à 14 jours.

Si le traitement des épisodes aigus est efficace à 90 %, plus délicate est la prévention des rechutes.

En cas de mycose récidivante <sup>(1)</sup>, un traitement oral par Fluconazole 150 mg X3 à 72 heures d'intervalle puis 150 mg/semaine pendant 6 mois pourra être prescrit par un médecin, avec un risque de rechute à 1 an de 57 %.

Dans le cas particulier des mycoses récidivantes, il conviendra de rechercher un terrain particulier (excès d'hygiène, diabète, immunodépression HIV).

Pour les souches de Candida non albicans, dont la prévalence a tendance à augmenter, le traitement repose sur l'administration de Nizoral 200 mg/j pendant 14 jours.

Dans le cas particulier de la petite fille ou de l'adolescente vierge, il sera important de rechercher un corps étranger et d'évoquer d'éventuels abus sexuels <sup>(2)</sup>.

L'utilisation des probiotiques est largement répandue, cependant aucune étude scientifique n'a apporté la preuve d'un bénéfice <sup>(1)</sup>.

Le conjoint ne sera traité que s'il présente des signes cliniques.

On conseillera aux femmes de limiter la toilette intime à une (voire à deux) fois par jour, d'utiliser un produit de type surgras, de se sécher soigneusement, de proscrire les douches vaginales, d'éviter pendant un certain temps les jacuzzis, hammams, bains prolongés et d'une façon générale, le port prolongé d'un maillot mouillé. Enfin, on les informera qu'il est préférable de ne pas avoir de rapports sexuels du fait d'éventuelles dyspareunies, et d'un risque de rupture de préservatif à cause des traitements (*T. Linet et le collectif Formagyn 2015*).

Actuellement, il y a peu de preuves en faveur d'un changement de contraception orale, et en faveur d'une diminution de l'apport sucré <sup>(1)</sup>.

## LL

ON CONSEILLERA AUX FEMMES DE LIMITER LA TOILETTE INTIME À UNE (VOIRE À DEUX) FOIS PAR JOUR, D'UTILISER UN PRODUIT DE TYPE SURGRAS, DE SE SÉCHER SOIGNEUSEMENT...

## 77

Les D.O.  
N° 460  
Juillet 2016

→ **LES VAGINOSES BACTÉRIENNES**

Elles représentent 50 % des vaginites.

Il s'agit d'une altération qualitative et quantitative de la flore vaginale : la flore de Döderlein est remplacée par une flore anaérobie de type Gardnerella (X100 par rapport à la quantité habituelle) ou par une pullulation des germes tels que le Mycoplasma hominis, ou le Mobilincus.

Les facteurs favorisants sont le tabac, les changements de partenaire, les douches vaginales, la grossesse.

Le symptôme qui caractérise la vaginose bactérienne est la leucorrhée malodorante (poisson pourri) surtout lors d'une alcalinisation du vagin soit en période péri-ovulatoire, en phase prémenstruelle, ou après les rapports sexuels.

À l'examen clinique, on note peu d'irritation locale, le col est d'aspect normal, les leucorrhées sont peu abondantes, adhérentes aux parois, grisâtres et fluides.

Le sniff test, ou l'application d'une goutte de potasse sur un prélèvement sur lame permet de faire le diagnostic, ainsi que le Score de Nugent.

Selon le CDC, le traitement repose sur l'administration du métronidazole 500 mg X2 pendant 7 jours. Un traitement minute de 2 grammes en une seule prise est possible.

La consommation d'alcool doit être proscrite jusqu'à 24 heures après la prise du métronidazole.

Le risque de récurrence est de 60 à 70 % dans les quatre semaines quel que soit le protocole.

En cas de récurrence (> 3 cas/an), certains auteurs<sup>(3)</sup> préconisent des ovules de Flagyl 2/semaines pendant 4 à 6 mois.

Le port du préservatif diminue le risque de récurrence.

Les vaginoses bactériennes peuvent se compliquer d'endométrites (risque X2) et de maladies inflammatoires pelviennes. Par ailleurs, le risque de Rupture Prématurée des Membranes, de Menace d'Accouchement Prématuré et d'Accouchement Prématuré est augmenté.

Durant la grossesse, le traitement est identique. Malheureusement, il semblerait qu'en population générale, traiter une vaginose bactérienne est sans intérêt<sup>(3)</sup>. L'intérêt n'existe que chez les patientes avec antécédent d'accouchement prématuré.

→ **LA VAGINITE À TRICHOMONAS VAGINALIS**

Infection peu symptomatique dans 70 à 85 % des cas. C'est une infection sexuellement transmissible qui augmente de 2 à 3 fois le risque de transmission du HIV.

Comme les vaginoses bactériennes, les vulvo-vaginites à trichomonas augmentent le risque de RPM, MAP et AP.

Le préservatif ainsi que la circoncision diminuent le risque de contamination<sup>(4)</sup>.

Le dépistage, par prélèvement vaginal, doit être proposé à toute patiente séropositive, ainsi qu'à toute femme à risque

d'infection sexuellement transmissible consultant pour des leucorrhées pathologiques.

On recherchera, dans le même temps, la présence d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (Chlamydiae, HBV, HCV, HIV, TPHA-VDRL).

Les leucorrhées sont verdâtres, mousseuses, homogènes, abondantes et nauséabondes (odeur de plâtre frais). Au spéculum, le vagin est rouge, classiquement, on trouve des excoriations et des ulcérations, plus rarement (2 à 5 %) une colpite ponctuée.

Le traitement recommandé par le CDC est le métronidazole 2 g en une prise unique, avec un taux de guérison de 84 à 98 % ou le Tinidazole 2 g en une prise unique avec un taux de guérison de 92 à 100 %.

Un contrôle est à effectuer deux semaines après le traitement.

Le traitement minute du (des) partenaire (s) de moins de trois mois est nécessaire.

Au total, Candida albicans, Gardnerella vaginalis et Trichomonas représentent près de 90 % des agents mis en cause dans les infections génitales basses.

→ **LA VAGINITE À MYCOPLASME**

Ureaplasma Urealyticum, Mycoplasma genitalium ou hominis peuvent faire partie des germes retrouvés lors de prélèvements réalisés pour une symptomatologie vulvo-vaginale.

Leur rôle est mal déterminé : véritables agents pathogènes ou cofacteurs d'infections génitales hautes, les mycoplasmes sont souvent retrouvés associés à Chlamydiae trachomatis ou à Neisseria gonorrhée<sup>(2)</sup>.

La question de leur traitement n'est pas consensuelle.

Selon le CDC 2015, on ne traite que si on le retrouve dans une cervicite ou une infection génitale haute et qu'en cas de résistance au traitement de première intention soit après une dose de 1 g d'azithromycine. ■

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Sobel JD. *Recurrent vulvovaginal candidiasis*. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jan; 214 (1): 15-21.
2. Tetefort R. Collet M. *Infections génitales de la femme*. La revue du praticien vol 61. Avril 2011.
3. Thinkhamrop J. *Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity*. Cochrane data base syst revu 2015.
4. Gray RH. *The effects of male circumcision on female partners' genital tract symptoms and vaginal infections in a randomized trial in Rakai, Uganda*. Am J Obstet Gynecol 2009.