

Mots clés :

Antifongique
Candida
Vaginite
Vulvo-vaginite

Vulvo-vaginite candidosique

L'épidémiologie de la vulvo-vaginite (VV) candidosique est assez mal connue, faute de données exhaustives pour une pathologie aussi courante : elle atteindrait 70-75% des femmes au moins 1 fois durant leur vie, essentiellement à l'âge de la procréation, 40-50% 2 fois, 5-8% de manière récurrente (> 4 poussées annuelles)^{1,2}. Le *candida albicans* serait retrouvé chez 20% (10 à 80% selon les études !) des femmes asymptomatiques. Faute de tests diagnostiques simples, rapides et bon marché, la VV candidosique est probablement à la fois sous et sur diagnostiquée. Peut-on la traiter sur les seules données cliniques ? Le traitement symptomatique (auto-médication possible) présente-t-il des risques ? Peut-on limiter la fréquence des récurrences chez les femmes qui en souffrent ? Des synthèses¹⁻³ et études⁴ récentes apportent des éléments de réponses.

Diagnostic simple ?

La symptomatologie, commune à 3 pathologies, associe douleur, érythème local et leucorrhée : VV mycotiques (*candida albicans* plus de 9 fois sur 10, plus rarement d'autres souches) ; vaginoses bactériennes en général à *gardnarella vaginalis* ; vaginites à *trichomonas*. Les caractères de la leucorrhée permettent en principe de les différencier : blanche épaisse, non odorante pour le *candida* (caractéristique trouvée dans seulement 40% des cas, de nombreuses études ne l'analysant pas) ; colorée malodorante (sensibilité 42%, spécificité 80%), parfois mousseuse (8 et 99%) pour le *trichomonas* ; abondante, fluide, également malodorante pour la vaginose bactérienne (50 et 50%)². Le pH vaginal est >4,5 en cas de trichomonas ou vaginose, <4,5 en cas de candida (sensibilité et spécificité de 90%)², mais sa mesure n'est pas de pratique courante. Un diagnostic clinique de certitude est difficile. L'examen direct au microscope n'est positif qu'une fois sur 2, même en cas de culture positive ; le frottis est spécifique, mais peu sensible (1 patiente sur 4 malgré la présence de *candida* en culture...)¹.

Y a-t-il des facteurs favorisants ?

Le rôle de l'activité sexuelle est sous-estimé, alors que la VV est surtout fréquente avant 40 ans¹. La grossesse, le diabète mal équilibré, les traitements antibiotiques généraux sont en cause, le rôle de la contraception orale discuté. Les habitudes vestimentaires, l'hygiène intime, la carence martiale ne semblent pas vraiment impliqués. Il y a controverse sur la possibilité de recontamination anorectale¹. Le traitement du partenaire ne présente d'intérêt que s'il est symptomatique^{1,4}.

Que conclure pour notre pratique ?

Le diagnostic probabiliste est habituellement suffisant en cas de VV candidosique aiguë. Si la clinique reste parfois incertaine, l'efficacité quasi-constante du traitement, le fait qu'il n'existe pas de test diagnostique simple, la rareté des effets secondaires (voir cependant le RCP Vidal®), la rareté des résistances au traitement antifongique bien conduit, renforcent largement cette pratique. Certaines « habitudes » comme le traitement systématique du partenaire, la prescription de levures en cas de traitement antibiotique, n'ont aucune justification. Un nouvel examen n'est nécessaire que si les symptômes persistent ou s'il y a une récurrence dans les 2 mois³.

Les formes récurrentes posent des problèmes spécifiques. Elles nécessitent d'identifier formellement l'agent en cause et peuvent aboutir à une recherche de VIH. Le traitement est toujours aléatoire, et la récurrence fréquente à son arrêt.

Vulvovaginite banale ou forme compliquée ?

Par consensus professionnel, il est admis comme VV *non compliquées* les formes sporadiques ou peu fréquentes, à la symptomatologie discrète à modérée, habituellement dues au *candida albicans*, chez des femmes sans atteinte du système immunitaire. Dans ce cas, un traitement court (1 à 3 j) d'azolés (econazole, fluconazole...) a un taux d'efficacité de 80 à 90%^{2,4}. Une méta-analyse de 17 essais a montré que son efficacité était identique par voie vaginale ou oraleⁱⁿ¹. Aucune molécule n'a montré de supériorité. L'utilisation de non-azolés (nystatine, amphotéricine B) reste une alternative possible.

Les formes *compliquées* (symptômes sévères, récurrences, *candida* autre qu'*albicans*, femmes enceintes, diabétiques ou immunodéficientes) requièrent un traitement plus long (5 à 7 jours pour une symptomatologie sévère ou en cas de grossesse¹), éventuellement plus en cas de candida autre qu'*albicans*^{1,4}. Un avis complémentaire peut être utile dans les formes récurrentes ou résistantes avant de programmer un traitement spécifique ou au long cours (par exemple un traitement hebdomadaire de fluconazole durant 6 mois³). Le test HIV est recommandé s'il y a récurrence : il est positif dans 5 à 8% des cas.

L'auto-médication est-elle dangereuse ?

Seulement une femme sur 3 achetant un traitement local en pharmacie a réellement une VV candidosique. S'il n'existe pas actuellement de risque de résistance aux azolés, les problèmes de coûts et surtout de retard diagnostique sont à prendre en compte¹.

Références :

- 1- Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet*. 2007; 363: 1961-71.
- 2- Eckert LO. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1244-52.
- 3- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006
- 4- Sobel JD et al. Maintenance Fluconazole Therapy for Recurrent Vulvovaginal Candidiasis. *N Engl J Med*. 2004; 351: 876-83.