

16 - LEUCORRHÉES

**D. Vexiau-Robert, R. Viraben, M. Janier, C. Derancourt,
F.J. Timsit, F. Bouscarat et la Section MST de la SFD**

Les leucorrhées physiologiques ont chez une même femme, à chaque cycle, des caractères similaires. Lorsque ceux-ci se modifient en couleur, abondance, aspect et/ou odeur, elles sont dites pathologiques. Elles traduisent une inflammation vaginale (vaginite), le plus souvent d'origine infectieuse et peuvent être associées à une irritation vulvaire (vulvo-vaginite). Trois affections principales provoquent des leucorrhées : d'une part, une MST : la trichomonose, d'autre part, la vaginose bactérienne et la candidose qui ne sont pas des MST. Les cervicites gonococciques et chlamydiennes peuvent aussi s'accompagner de leucorrhées.

Trichomonose (voir chapitre spécial)

Vaginose bactérienne (VB) :

C'est un syndrome traduisant un déséquilibre de la flore vaginale avec remplacement des lactobacilles (flore de Döderlein) par des microorganismes commensaux : anaérobies (*Mobiluncus sp*, etc ...), *Mycoplasma hominis* et *Gardnerella vaginalis* dont la prolifération est responsable des symptômes (leucorrhées malodorantes). La VB est la cause la plus fréquente des leucorrhées. Il ne s'agit pas d'une MST même si la VB n'atteint que très rarement les vierges. Les facteurs prédisposants sont les toilettes intravaginales, le nombre élevé de partenaires sexuels et l'homosexualité féminine. Le partenaire masculin est très rarement atteint (balanite) et le traitement de celui-ci n'a pas d'impact sur le caractère souvent récidivant de la VB.

Le terme de vaginose, traduisant le caractère peu inflammatoire de la vaginite, est préférable à celui de gardnerellose, *G. vaginalis* n'étant qu'une des bactéries proliférant dans la VB.

Une VB sans leucorrhée est possible. Le diagnostic repose sur les critères d'Amsel (3 des 4 suivants étant nécessaires) :

- leucorrhée homogène
- présence de clue-cells (cellules indicatrices) : ce sont de grandes cellules épithéliales tapissées de bactéries (examen à l'état frais)
- pH vaginal > 4.5

- odeur de poisson avarié lors du test à la potasse à 10 % (appliquée sur une goutte de leucorrhée sur lame)

La VB favorise la transmission du VIH au même titre que les MST et les vaginites non infectieuses. Au cours de la grossesse, elle est associée à la rupture prématurée des membranes, à la prématurité et à des endométrites.

Candidose vulvo-vaginale

Il s'agit, là aussi, d'un déséquilibre de la flore vaginale avec prolifération de levures saprophytes : le plus souvent, *Candida albicans* plus rarement d'autres candida : *tropicalis*, *crusei*, *guilliermondi*, *glabrata*, etc... Une vulvite érythémateuse et prurigineuse est au premier plan mais les parois vaginales sont parfois atteintes avec des leucorrhées adhérentes, peu abondantes et caillibottées. Le pH vaginal est normal. La présence de nombreuses levures à l'examen direct (état frais dans du sérum physiologique ou de la potasse à 10 %) et de nombreuses colonies en culture sur milieu de Sabouraud sont évocatrices du diagnostic sans qu'il y ait de critère spécifique de pathogénicité. La présence de pseudo-filaments à l'examen direct, semble le meilleur critère diagnostique.

La candidose vulvo-vaginale est très fréquente. Il s'agit, le plus souvent, d'une colonisation secondaire d'une muqueuse vulvaire sèche et/ou atrophique. Plus rarement, d'une vraie candidose sur muqueuse saine. Dans tous les cas, des rechutes sont fréquentes, favorisées par la période pré-menstruelle, une antibiothérapie orale, plus rarement par une immunodépression (diabète, VIH, corticothérapie générale) ou la grossesse. Le partenaire masculin est rarement atteint (balanite) et le traitement systématique de celui-ci n'influe en rien sur l'évolution de la candidose féminine. Il est, dans tous les cas, important d'assurer une bonne trophicité vulvo-vaginale (ménopause et pilules contraceptives à climat progestatif dominant favorisant la sécheresse muqueuse). Les candidoses vulvo-vaginales à *Candida non albicans* (en particulier, *C.glabrata*) sont plus difficiles à traiter (résistance fréquente aux imidazolés).

Diagnostic

Quelques examens simples permettent d'établir le diagnostic étiologique souvent suspecté sur l'aspect des leucorrhées :

- abondantes, spumeuses (trichomonose)
- abondantes, nauséabondes (vaginose bactérienne)
- caillibottées (candidose)

Ce sont :

- la détermination du pH : supérieur à 4.5 (trichomonose, vaginose)

- l'examen des leucorrhées à l'état frais (prélèvement dans un cul de sac vaginal, dilution dans une goutte de sérum physiologique, examen entre lame et lamelle) : *Trichomonas vaginalis*, clue-cells (vaginose), levures et filaments (candidose).
- le test à la potasse à 10 % : odeur de poisson pourri (vaginose)
- la culture sur milieu de Sabouraud a peu d'intérêt (pas de critère consensuel de diagnostic de candidose)
- la culture pour *Trichomonas vaginalis* (Roiron, Diamond, ...) plus sensible que l'examen direct.

Un examen des parois vaginales et du col (au spéculum) est systématique avec recherche de gonocoque et de *Chlamydia trachomatis* à l'endocol en cas de cervicite.

Lorsque les signes vulvaires prédominent, une dermatose vulvaire, une vulvite caustique, mécanique ainsi qu'une candidose sont possibles.

Lorsque le tableau est typique (c'est souvent le cas de la VB et de la candidose), aucun prélèvement local n'est indispensable mais l'examen du col au spéculum est nécessaire. Sauf circonstance particulière (grossesse et VB ...), il n'est pas utile de traiter les femmes ayant une VB ou une candidose sans signe clinique (sans leucorrhée, dysurie, dyspareunie, prurit) et dont le diagnostic ne reposerait que sur les examens microbiologiques.

NB : une recherche de germes banals est toujours associée ; un pyogène (*S. aureus*, bactéries Gram - ...) en culture pure pouvant être parfois pathogène.

Traitement

Trichomonose (voir chapitre spécial)

Vaginose bactérienne

Recommandations thérapeutiques :

vaginose bactérienne

- métronidazole : 500 mg x 2/jour per os pendant 7 jours

La consommation d'alcool est déconseillée. Au cours de la grossesse, la VB peut provoquer une prématurité, rarement une endométrite. La prévention de tels accidents par un dépistage et un traitement systématiques n'est pas consensuelle. Il semble que cette attitude serait cependant utile chez les femmes ayant antérieurement accouché d'un enfant prématuré. Le métronidazole n'est pas contre-indiqué chez la femme enceinte.

Candidose vulvo-vaginale

Recommandations thérapeutiques :

Candidose vulvo-vaginale

- ovules imidazolés : 1/jour x 7 jours
- ou traitement par fluconazole per os : 150 mg - dose unique
- associé à une crème imidazolée (vulve) 1 à 2 fois/jour pendant 7 jours

En cas de candidose récidivante : fluconazole per os : 150 mg 1 fois par mois postmenstruel

Dans tous les cas :

- conseils hygiéniques,
- restauration de la flore vaginale indispensable en cas de récidives :
 - prescription de bacille de Döderlein
 - ou acide ascorbique local ou acide lactique et glycogène

RÉFÉRENCES :

1. Morris MC, Rogers PA, Kinghorn GR : is bacterial vaginosis a sexually transmitted infection ? *Sex. Transm. Inf.* 2001, 77 : 63-8
2. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, Hillier SL, Thom EA et al. : metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N. Engl. J. Med.* 2000, 342 : 534-40
3. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G : safety of metronidazole in pregnancy : a meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995, 172 : 525-9
4. Mardh PA, Rodrigues AG, Genç M, Novikova N, de Oliveira JM, Guaschino S : facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis -a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy. *Int. J. STD & AIDS* 2002, 13 : 522-39