Revues générales

Vulvites de la petite fille : conduite à tenir ?

RÉSUMÉ : La vulvite est une affection fréquente chez la petite fille, mais sa prévalence est cependant inconnue [1]**. Elle survient en général entre 3 et 6 ans** [2]**, chez des petites filles en cours d'autonomisation concernant la propreté et disparaît spontanément vers l'âge de 8 ans. Il s'agit dans la quasi-totalité des cas de vulvites irritatives qui sont traitées par des règles d'hygiène simples. Il est alors indispensable d'expliquer à la famille que les vulvites peuvent récidiver en cas de relâchement des règles d'hygiène. La connaissance de la physiologie vulvaire de la jeune enfant est indispensable pour éviter de proposer des traitements inadaptés qui aggravent ou entretiennent la situation. Les autres causes de vulvite sont beaucoup plus rares et très faciles à distinguer cliniquement.**

C. DELCOUR
Service de chirurgie gynécologie-obstétrique, Hôpital Robert Debré, PARIS.

L'histoire d'une errance thérapeutique trop fréquente

La physiologie vulvaire de la petite fille est souvent mal connue, conduisant à des prises en charge parfois inadaptées, voire traumatisantes, et à une errance thérapeutique [3].

La vulvite correspond dans la quasi-totalité des cas à un phénomène inflammatoire local dans un contexte d'hygiène insuffisante chez des petites filles âgées de 3 à 6 ans en cours d'autonomisation sur la propreté. À l'interrogatoire, ce sont souvent des petites filles qui ont une hygiène mictionnelle incorrecte : elles se retiennent pour uriner, ne s'essuient pas correctement après être allées aux toilettes et se retrouvent fréquemment avec des sous-vêtements souillés d'urine. Ces différents facteurs sont responsables d'une irritation locale qui est favorisée par les particularités anatomiques de cet âge : l'absence de pilosité, des petites et grandes lèvres fines qui ne recouvrent pas l'*introitus* et une faible distance ano-rectale [4].

La vulvite survient chez les jeunes filles en âge prépubères, c'est-à-dire en l'absence d'imprégnation œstrogénique. L'absence d'œstrogène ne permet pas le développement des lactobacilles responsables de l'acidification du pH vaginale [5]. Ainsi, le pH vaginal de la petite fille est plutôt alcalin, aux alentours de 7 et la flore vaginale est composée essentiellement de streptocoques, staphylocoques, corynébactéries, entérobactéries et des germes de la flore cutanée vulvaire. Cette alcalinisation est donc très défavorable au développement des candidoses, et celles-ci ne surviennent que dans des contextes particuliers d'immunodépression ou de diabète très déséquilibré chez la petite fille [6].

On retrouve fréquemment à l'interrogatoire de ces petites filles des facteurs irritants favorisant l'inflammation locale : l'utilisation de soins d'hygiène destinés à l'adulte ou de lingettes, l'application de traitement antifungique, corticoïde ou autres topiques inadaptés et entretenant, voire aggravant l'irritation [7].

Les manifestations cliniques

Les douleurs sont au premier plan de la symptomatologie, avec des brûlures majorées par les mictions ou lors de la toilette. Parfois, les enfants peuvent

Revues générales

POINTS FORTS

- La vulvite est une maladie irritative locale et n'est que très exceptionnellement d'origine infectieuse.
- La réalisation d'un prélèvement local, vaginal ou vulvaire est inutile et souvent traumatisante pour la petite fille.
- La prise en charge de la vulvite repose sur des règles d'hygiène simples et les crèmes antifungiques n'ont aucune place dans le traitement de la vulvite de la petite fille.
- La récidive est fréquente en cas de relâchement des efforts d'hygiène et la famille doit être prévenue de ce caractère récidivant.

également se plaindre de prurit justifiant la recherche d'une oxyurose associée ou d'un lichen scléreux sous-jacent.

Cliniquement, on note une rougeur localisée et isolée. Il est possible d'observer du smegma (pertes sèches correspondant à des cellules desquamées et/ou des résidus urinaires), voire des traces de selles dans les plis interlabiaux et/ou périnéaux.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) nécessaire(s) ?

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic ou le traitement de la vulvite. La réalisation d'un prélèvement vaginal ou vulvaire **ne doit pas être proposée** pour la prise en charge diagnostique de la vulvite, car il s'agit d'un acte traumatisant dont l'interprétation est complexe et l'intérêt est extrêmement limité dans ce contexte de lésion irritative.

La seule situation dans laquelle un prélèvement local peut se justifier est dans le cas exceptionnel de suspicion de vulvite streptococcique (cf. ci-dessous). Le prélèvement concernera alors la vulve et ne doit en aucun cas être réalisé en intravaginal.

Le traitement de la vulvite irritative

Le traitement repose essentiellement sur une éviction des facteurs favorisants et sur la mise en place de règles d'hygiène [8]. Il est alors important d'expliquer à la famille que la vulvite peut récidiver au moindre relâchement des efforts d'hygiène. Les règles d'hygiène consistent à éviter la macération, de la même manière que les conseils donnés pour un érythème fessier, par exemple.

Concernant la toilette intime, il est important de rappeler aux parents que les produits dédiés à la toilette intime de la femme adulte ne sont pas adaptés. Les lingettes et autres traitements locaux peuvent également entretenir l'irritation et sont donc à proscrire. De la même manière, l'utilisation d'un gant de toilette n'est pas recommandée. Une toilette intime quotidienne à main nue avec un savon neutre est à privilégier. Le rinçage doit être minutieux ainsi que le séchage. En cas d'irritation avec des douleurs importantes, il faut proposer de tamponner, voire de sécher avec un sèche-cheveux et de l'air froid.

Afin de prévenir la macération, les vêtements en coton sont à préférer et il faut éviter autant que possible les vêtements serrés. Les règles d'hygiène urinaire sont également à rappeler : ne pas se retenir d'aller aux toilettes, bien s'essuyer d'avant en arrière et changer rapidement les sous-vêtements s'ils sont souillés.

En cas d'irritation importante aiguë très douloureuse, il est possible d'utiliser ponctuellement une crème cicatrisante locale (dexpanthénol, acide hyaluronique, oxyde de zinc, etc.), mais le principe du traitement est d'éviter autant que possible l'application de topique et de laisser la vulve au sec.

En cas de vulvites répétées et/ou de point d'appel, il est également possible de traiter une oxyurose par un traitement de tous les membres de la famille comportant deux doses de flubendazole espacées de 10 jours.

Cas particuliers

1. Vulvite streptococcique

Les streptocoques bêta hémolytiques du groupe A peuvent exceptionnellement être responsables de vulvite bactérienne (***fig. 1***). Le diagnostic est alors facilement posé sur l'examen clinique avec un érythème rouge vif, intense et bien limité. Il est alors possible de réaliser un test de détection rapide du streptocoque

Fig. 1 : Aspect typique de vulvite streptococcique. Vulve présentant un érythème vernissé bien limité et squames périphériques. Image extraite de l'article de Larquey *et al.*, 2018 [9].

Revues générales

en cas de doute diagnostique. Le traitement repose sur une antibiothérapie par amoxicilline à la dose de 50 mg/kg/jour pendant 10 jours.

2. Lichen scléreux vulvaire

Le lichen scléreux vulvaire (***fig. 2***) est une dermatose inflammatoire chronique qui survient particulièrement chez les petites filles et à la ménopause, dans un contexte d'absence d'imprégnation œstrogénique [10]. Cette entité souvent méconnue induit un retard diagnostique important, responsable de complication ou de difficultés thérapeutiques.

La symptomatologie peut se rapprocher de celle de la vulvite irritative, avec des douleurs, des brûlures, un prurit et de fréquents troubles sphinctériens.

Cliniquement, il existe une pâleur cutanée blanc nacré en "sablier" autour du vestibule et de l'anus, avec des muqueuses très fines et fragiles pouvant présenter des hémorragies sous-épithéliales, des fissures ou des ecchymoses. Dans les cas de retard diagnostique important, l'inflammation chronique peut être responsable de séquelles anatomiques de sévérités variables (disparition du relief des petites lèvres, enfouissement du clitoris, brides vestibulaires voire sténose de l'*introitus*) qui peuvent avoir des conséquences fonctionnelles urinaires et/ou sexuelles sur le long terme [11].

La biopsie cutanée n'est, en général, pas nécessaire en dehors de cas d'échec thérapeutique et le diagnostic est clinique. Le traitement repose sur l'application locale de dermocorticoïdes fort ou très fort associés à des émollients pour une durée prolongée (plusieurs mois) et avec une décroissance progressive [12]. Il existe un risque de rechute fréquent jusqu'à la puberté et il est donc nécessaire d'en informer la famille pour éviter de nouveau retard thérapeutique pour les éventuelles rechutes ultérieures.

3. Vulvites atopiques

À noter que certaines vulvites aiguës peuvent être d'origine atopique (***fig. 3***). Le cas de figure est facilement suspecté à l'interrogatoire : changement de marque de couches, changement de lessive, de savon, etc. À l'examen, la vulve est érythémateuse et suintante associée à des vésicules, voire érythémato-squameuse ou lichénifiée dans les formes chroniques. Il peut également y avoir d'autres localisations cutanées d'eczéma ou un terrain atopique. Dans ce cas précis, l'éviction du facteur déclenchant est suffisante en règle générale et il n'y a pas de récidive. Un traitement dermocorticoïde local peut parfois être nécessaire dans les formes traînantes ou chroniques.

Fig. 2 : Aspect caricatural de lichen scléreux vulvaire associant une pâleur cutanée en sablier et des lésions fissuraires. Image publiée après information et recueil du consentement des parents.

Fig. 3 : Aspect de vulvite atopique en phase aiguë avec présence de multiples petites surélévations érythémateuses, responsables d'une rugosité de la peau, avec quelques vésicules. Image publiée après information et recueil du consentement des parents.

4. Vulvo-vaginite infectieuse

La présence de leucorrhées associées, facilement mises en évidence lors d'un effort de toux ou en demandant à la petite fille de gonfler l'abdomen, est le signe d'une association avec une infection vaginale et nécessite une prise en charge particulière. Il s'agit, en général, de vulvo-vaginite secondaire à oxyurose vaginale ou d'une vaginite bactérienne secondaire ou non à un corps étranger. La présence de traces de saignements associées aux leucorrhées est fortement évocatrice d'un corps étranger. Le corps étranger est facilement visualisé lors de l'examen de la petite fille en position grenouille, en tractant doucement les lèvres vers l'examinateur. La réalisation d'une douche vaginale douce pour évacuer les corps étrangers [5] – qui sont le plus souvent des petits morceaux de papier – est souvent suffisante. Le traitement peut parfois être complété par une antibiothérapie probabiliste à large spectre visant les germes de la sphère oro-fécale [13], pendant 7 jours (amoxicilline acide clavulanique).

Conclusion

La vulvite est une pathologie irritative fréquente de la jeune fille, dont la prise en charge thérapeutique est simple et repose sur des règles d'hygiène. Il existe une méconnaissance importante de la physiologie vulvaire chez la petite fille, conduisant à une errance diagnostique et des traitements inadaptés parfois de vécu difficile. Les autres causes de vulvites sont plus rares (en dehors du lichen scléreux vulvaire), très faciles à distinguer à l'aide d'un examen vulvaire simple non invasif et requièrent un traitement adapté.

BIBLIOGRAPHIE

1. Menta N, Nussbaum D, Khilnani A *et al.* Insights from a joint pediatric dermatology-gynecology vulvar clinic: A retrospective study. *Pediatr Dermatol*, 2024;41:41-45.
2. Le Saché de Peufeilhoux L, Cheikhelard A. Pathologies vulvaires chez l'enfant et l'adolescente. *Perfect. En Pédiatrie*, 2020;3:242-249.
3. Vilano SE, Robbins CL. Common prepubertal vulvar conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2016;28:359-365.
4. Romano ME. Prepubertal vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*, 2020;63: 479-485.
5. Zuckerman A, Romano M. Clinical recommendation: vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2016;29: 673-679.
6. Fischer G. Chronic vulvitis in prepubertal girls. Australas. *J Dermatol*, 2010;51:118-123.
7. Alaniz VI, Kobernik EK, George JS *et al.* Comparison of short-duration and chronic premenarchal vulvar complaints. J Pediatr. Adolesc. *Gynecol*, 2021;34:130-134.
8. Loveless M, Myint O. Vulvovaginitis-presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2018;48:14-27.
9. Larquey M, Mahé E. Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque chez l'enfant. *Perfect. En Pédiatrie*, 2018;1:25-31.
10. Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A *et al.* Vulvar diseases. *J Am Acad Dermatol*, 2020;82:1287-1298.
11. Dinh H, Purcell SM, Chung C *et al.* Pediatric lichen sclerosus: a review of the literature and management recommendations. *J Clin Aesthetic Dermatol*, 2016;9:49-54.
12. Smith SD, Fischer G. Paediatric vulval lichen sclerosus. Australas. *J Dermatol*, 2009;50:243-248.
13. Vehapoglu A, Kiyak MC. Clinical symptoms and microbiological findings in prepubescent girls with vulvovaginitis. J Pediatr Adolesc. *Gynecol*, 2022;35:629-633.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.