

■ Pathologie vulvaire

Les infections vulvaires

RÉSUMÉ : La vulve est souvent le siège de macération favorable à diverses infections. Cette topographie particulière rend leurs formes cliniques parfois atypiques. En dehors des infections sexuellement transmissibles (IST) courantes, il est important de savoir dépister les infections bactériennes, virales, mycosiques et parasitaires génitales féminines.

En complément des prélèvements infectieux classiques, les biopsies peuvent être très utiles, parfois accompagnées de colorations spécifiques et de mises en culture.



C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred Fournier, PARIS.

La vulve peut être le siège d'infections bactériennes, fongiques, virales, parasitaires (**tableaux I et II**). Nous n'aborderons pas dans cet article les infections vaginales qui n'ont pas d'expression clinique vulvaire [1, 2].

■ Infections bactériennes

Nous n'aborderons pas ici la syphilis ni le chancre mou.

>>> Les abcès vulvaires ne sont pas rares et peuvent se compliquer de fasciite nécrosante. Beaucoup de ces infections sont polymicrobiennes, mais le staphylocoque méthicillin-résistant prédomine

(64 % des cas). Ces abcès sont favorisés par l'obésité, le diabète, une mauvaise hygiène, la grossesse et une immuno-dépression. Débutant comme de petites infections de la peau, ils se transforment rapidement en masses volumineuses œdémateuses, érythémateuses et douloureuses, fluctuantes au toucher. La fièvre est rare. Une douleur exagérée par rapport à l'examen peut indiquer une fasciite nécrosante et doit inciter à un avis chirurgical en urgence. L'abcès de la glande de Bartholin est plus profond. Un prélèvement bactériologique peut être pratiqué lors d'une ponction à l'aiguille ou d'une incision-drainage (indiquée devant tout abcès de plus de 2 cm). Pour les plus petites lésions, le traitement

Infections	Fréquent	Rare	Très rare
● Bactériennes	● Abcès	● Syphilis ● Érysipèle ● Érythrasma ● Surinfection staphylococcique	● Chancre mou ● Fasciite nécrosante ● Érysipèle ● Tuberculose orificielle ● Angiomatose bacillaire/HIV
● Virales	● HPV (condylomes, VIN) ● Herpès ● <i>Molluscum contagiosum</i>	● Ulcération aiguë non vénérienne ● Zona ● Infections multiples/HIV	
● Mycosiques	● Candidose	● Dermatophytie	
● Parasitaires		● Scabiose ● Phtiriase ● Oxyurose	● Bilharziose

Tableau I : Étiologies des infections vulvaires.

Pathologie vulvaire

Prurit isolé	Érythème diffus	Papules/lésions exophytiques	Nodules	Érosions/ulcérations
● Phtiriase	● Candidose	● HPV (condylomes, VIN)	● Nodules scabieux	● Herpès
● Oxyure	● Dermatophytie	● <i>Molluscum contagiosum</i>	● Abscès	● Zona
	● Érythrasma			● Ulcération aiguë non vénérienne de la vulve
				● Syphilis
				● Chancres mou
				● Tuberculose orificielle

Tableau II : Sémiologie des infections vulvaires.

antibiotique empirique doit cibler les staphylocoques méthi-R. En l'absence d'amélioration après 1 semaine, une incision-drainage est indiquée.

>>> La fasciite nécrosante vulvaire est une urgence chirurgicale, avec un taux de mortalité de 13 à 50 % des cas. Elle est favorisée par l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Elle provoque un gonflement douloureux de la vulve, avec parfois abcès et drainage. La flore responsable est souvent mixte avec une présence notable de *Bacteroides fragilis* et de staphylocoques méthi-R. La présence de gaz sous-cutanés au scanner nécessite un geste en urgence. Le traitement repose sur un débridement chirurgical intensif associé à une large antibiothérapie et des soins de réanimation [3].

>>> L'érythrasma vulvaire est rare. Il peut se manifester par un léger prurit, une légère brûlure et une desquamation jaunâtre des espaces interlabiaux sur des zones rosées. La recherche de *Corynebacterium minutissimum* n'est pas toujours positive et la lumière de Wood avec fluorescence rouge corail peut aider au diagnostic. Le traitement repose sur une antibiothérapie locale (érythromycine) et parfois générale (clindamycine).

>>> La tuberculose vulvaire, très rare, ne représente que 2 % des tuberculoses pelviennes. Il s'agit plus souvent d'une infection secondaire que d'un chancre d'inoculation. Les présentations sont variables. Les 3 cas observés personnellement se présentaient sous la forme d'ulcérations chroniques génitales ou



Fig. 1 : Tuberculose vulvaire.

périanales à bords décollés (fig. 1) chez des patientes originaires de pays d'endémie et correspondaient à une tuberculose périforificielle. Le diagnostic a été porté histologiquement devant la présence de granulomes avec nécrose caséuse. Le bacille acido-alcoolo-résistant n'est pas toujours visible à la coloration de Ziehl-Nielsen. Il s'agit d'une tuberculose cutanée post-primaire dont le bacille provient d'infection pulmonaire (caverne, miliaire), digestive ou urinaire et pénètre dans la peau par l'intermédiaire de zones muco-cutanées périforificielles traumatisées [4].

>>> D'exceptionnels cas d'angiomatose bacillaire vulvaire ont été décrits, sous la forme d'une masse vulvaire ou d'une lésion tumorale verruqueuse, chez des patientes atteintes de sida.

Infections virales

Les infections virales sont une source d'infection fréquente sur la vulve car l'herpès et les infections à papillomavirus (HPV) représentent les deux IST les plus fréquentes.

>>> Les lésions induites par l'HPV se divisent en condylomes (fig. 2) et VIN classique (*Vulvar Intraepithelial Neoplasia*) aujourd'hui appelée HSIL (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*) (fig. 3).

Les condylomes acuminés sont liés à HPV 6 ou 11. Les lésions papuleuses ou planes sont plus souvent liées à des HPV oncogènes (16, 18, etc.). Les bilans IST et d'extension (vagin, col, anus) sont essentiels pour une prise en charge



Fig. 2 : Condylomes liés à l'HPV.



Fig. 3 : HSIL (VIN classique).

globale. Le traitement du partenaire ne modifie pas la réponse au traitement, les principales causes d'échec étant liées à la distribution multifocale de l'infection et à la récurrence à partir des bord des lésions. Les traitements par azote liquide et/ou imiquimod sont efficaces dans la majorité des cas vus en consultation courante. Rappelons que les applications d'imiquimod diminuent la fréquence des récurrences aux environs de 15 %. Les patientes avec condylomes ont un risque accru de cancer du col de l'utérus en raison de l'infection chronique simultanée avec des HPV oncogènes.

Les HSIL se présentent sous la forme de plaques surélevées à surface irrégulière, leucoplasiques, érythroplasiques et/ou pigmentées. Le traitement de première intention repose sur l'imiquimod, après confirmation diagnostique et élimination d'une localisation invasive par une ou plusieurs biopsies. Dans un second temps sont discutés une exérèse chirurgicale ou un traitement laser selon l'étendue. Rappelons que le risque de transformation néoplasique est de 9 % en l'absence de traitement et de 3 % malgré le traitement dans un délai de 1 à 8 ans. Ainsi, une surveillance annuelle est recommandée à vie en raison du risque de récurrence (13 à 36 % selon les études) en tout point des organes génitaux [5].

>>> Les infections à *Herpes Simplex Virus* (HSV) sont bien connues, qu'il s'agisse de la primo-infection diffuse ou des récurrences localisées, érosives, ulcérées ou fissuraires (fig. 4).

Aujourd'hui, les infections génitales à HSV1 sont plus fréquentes que celles à HSV2. En revanche, les récurrences sont plus fréquentes avec HSV2. La primo-infection symptomatique est souvent précédée de prodromes. Les vésiculopustules disséminées atteignent souvent le vagin et le col et provoquent des adénopathies, voire parfois une dysurie fréquente nécessitant une hospitalisation pour sondage. Les lésions évoluent vers des érosions ou des ulcérations et cicatrisent spontanément en 4 à 6 semaines si un traitement antiviral (valacyclovir, acyclovir) n'est pas instauré. L'infection initiale non primaire concerne les femmes séropositives pour HSV1 qui contractent une infection HSV2. Tous les symptômes sont moins intenses. Chez les patientes immunodéprimées (HIV, autres), l'herpès devient volon-



Fig. 4 : Herpès récurrent.



Fig. 5 : Herpès chronique et ulcéreux.

tiers chronique et ulcéreux (fig. 5) ou pseudo-tumoral. En plus de la recherche du virus herpétique directement dans les lésions (culture, PCR), des biopsies peuvent être nécessaires.

>>> Un zona est possible (moins de 1 % des érosions et ulcérations vulvaires) et apparaît alors comme une éruption unilatérale et douloureuse formée de la coalescence d'érosions (fig. 6).



Fig. 6 : Zona.

Pathologie vulvaire

Les vésiculo-pustules sont rarement visibles. Les lésions purement unilatérales peuvent apparaître chez des femmes immunocompétentes. Le principal diagnostic différentiel est l'herpès. Idéalement, le traitement antiviral *per os* doit être débuté durant les 72 premières heures afin de prévenir les névralgies post-herpétiques.

>>> Les infections à Poxvirus provoquent des ***Molluscum contagiosum*** vulvaires (fig. 7). Transmis lors des rapports sexuels, ils nécessitent la réalisation d'un bilan IST. Purement cutanés, ils ne siègent que sur les zones externes de la vulve et sur les fesses. Ils peuvent être difficiles à différencier de condylomes mais leur surface est plane, ombiliquée et leur base d'implantation fine. Leur traitement repose sur la cryothérapie plus que sur le curetage dans cette localisation.



Fig. 7 : *Molluscum contagiosum*.

>>> Chez les sujets immunodéprimés (HIV positifs principalement), des infections multiples sont possibles, par exemple *Molluscum contagiosum* + HSIL (fig. 8).

>>> L'ulcération aiguë non vénérienne de la vulve (UANV) de Lipschütz se caractérise par un ulcère nécrotique douloureux des zones internes de la vulve, de début extrêmement brutal, survenant chez des jeunes femmes souvent vierges



Fig. 8 : *Molluscum contagiosum* et HSIL (VIN classique).

(10-19 ans) et dans un contexte infectieux : fièvre 48 heures avant, angine, syndrome grippal (fig. 9). Les ulcères peuvent être multiples et alors souvent en feuillet de livre ("kissing ulcers"). D'origine longtemps inconnue, l'ulcère est aujourd'hui considéré comme un phénomène contingent à de multiples infections : EBV, *Mycoplasma pneumoniae*, streptocoque, infections virales respiratoires ou digestives, cytomégalovirus (CMV), salmonelle, *Toxoplasma gondii*. Au 7^e jour de l'ulcération, les IgM anti-EBV (infection la plus fréquente) se positivent alors que les IgG n'apparaissent qu'au 15^e jour. Les récurrences sont rares mais possibles.



Fig. 9 : Ulcération aiguë non vénérienne de la vulve.

En pratique, il est indispensable d'éliminer un herpès, de demander un bilan IST et de traiter en attendant les résultats : applications des dermocorticoïdes (clobétasol 2 x jour pendant 7-10 jours) et de lidocaïne, éventuellement prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de corticoïdes oraux. Cela soulage la patiente et accélère la résolution spontanée qui est de 2 à 5 semaines [6].

Infections mycosiques

>>> Les mycoses sont probablement les plus fréquentes, en particulier **les vulvites candidosiques**. Rappelons qu'une vulvite est présente dans 85 % des cas de candidoses génitales. Elle réalise des placards érythémateux mal limités, avec une bordure active formant une collerette desquamative et débordant sur les zones postérieures de la vulve et sur le périnée. L'érythème vestibulaire et l'atteinte des espaces interlabiaux est systématique. Les leucorrhées épaisses sont à rechercher mais parfois absentes dans les formes chroniques. Dans les formes sévères aiguës ou dans les formes chroniques, l'érythème peut déborder dans les plis inguinaux, vers la région périnéale ou pubienne (fig. 10). Le diagnostic repose sur le prélèvement mycobactériologique



Fig. 10 : Vulvite candidosique.

vaginal et vulvaire avec examen direct et culture positifs. Signalons cependant que, dans les formes chroniques, le prélèvement vaginal est négatif et le prélèvement vulvaire positif dans 6 à 9 % des cas. Cliniquement, il est impossible de distinguer une infection à *C. albicans* d'une atteinte à *C. non albicans*. Dans les infections mixtes (candidose + infection bactérienne), les pertes sont plus liquides et la vulvite moins spécifique.

>>> Les dermatophytes peuvent réaliser une vulvite mais c'est surtout l'intertrigo des plis inguinaux qui est au premier plan. Il n'y a pas d'atteinte vaginale. Un intertrigo inter-orteil est alors à rechercher systématiquement.

■ Infections parasitaires

>>> Contrairement à l'homme, les localisations génitales de la gale chez la femme sont rares, en raison de l'humidité locale et des habitudes d'hygiène. Des cas de gale croûteuse vulvaire ont été décrits chez des patientes atteintes de sida.

>>> Les phthiriasis (poux du pubis) ont quasiment disparu depuis la mode de l'épilation intégrale.

>>> Un prurit vulvaire ou périnéal peut être la conséquence d'une oxyurose (fig. 11). Lors de cette infection à



Fig. 11 : Oxyurose.

Enterobius vermicularis, le ver femelle descend le long du tractus digestif pour pondre ses œufs dans la région périanale, ce qui explique le prurit anal. Une infection vulvo-vaginale peut résulter de la migration du ver. Il existe alors un prurit vulvaire avec ou sans inflammation visible, et des œufs peuvent être retrouvés dans la cavité vaginale, possiblement à l'origine d'endométrites et de salpingites. Il peut en résulter également des épisodes d'infections urinaires et d'urétrites. Le ver de 1 cm de long peut être vu sur le périnée. Le *scotch test* pratiqué 3 matins de suite a une sensibilité de 90 %. En plus des règles d'hygiène, le traitement repose sur la prise de flubendazole, de pyrantel, de mébendazole ou d'albendazole pour toute la famille à 2 semaines d'intervalle.

>>> La bilharziose vulvaire est rare dans nos pays mais fréquente dans les zones d'endémie (Afrique intertropicale). Elle est due à *Schistosoma haematobium*. Sa fréquence est sous-estimée (75 % des femmes infestées en Afrique). Le temps de

POINTS FORTS

- Toute infection vulvaire doit faire évoquer une IST et pratiquer un bilan complet au moindre doute.
- Les IST à expression vulvaire les plus fréquentes sont virales : infections HPV (condylomes, néoplasies intravulvaires), herpès et *Molluscum contagiosum*. Sont plus rarement présentes les ulcérations de la syphilis ou du chancre mou, les lésions de grattage des scabioses ou phthiriasis.
- Une sérologie HIV positive peut rendre les infections profuses, chroniques, associées entre elles et provoquer des infections liées à l'immunosuppression telles que l'angiomatose bacillaire.
- Une ulcération aiguë survenant chez une jeune fille vierge doit faire évoquer une ulcération aiguë non vénérienne de Lipschütz.
- Un prurit vulvaire chronique associé à un érythème doit faire évoquer une candidose récidivante ou chronique et faire pratiquer un ou plusieurs prélèvements mycobactériologiques vaginaux et vulvaires. Une candidose peut surinfecter toutes les dermatoses, s'associer à d'autres infections (par exemple HPV). Un érythème atypique ou une résistance au traitement doivent faire évoquer cette éventualité.

latence est variable. Les localisations génitales sont le col (42 %), le vagin, la vulve (clitoris 21 %), les trompes ou les ovaires. Sur la vulve, ce sont des lésions papulonodulaires ou végétantes pouvant mimer un processus néoplasique ou infectieux (fig. 12). Les signes cliniques gynéco-



Fig. 12 : Bilharziose vulvaire.

Pathologie vulvaire

logiques sont des douleurs pelviennes, leucorrhées, dysménorrhées, grossesses extra-utérines, avortements. Le diagnostic repose sur la découverte des œufs de bilharzies dans les lésions (biopsie). La sérologie peut être négative en phase précoce ou à l'inverse tardive. Des complications urinaires (fibrose vésicale, tumeurs bilharziennes, hydronéphrose...), gynécologiques (infertilité secondaire à une sténose tubaire ou une fibrose ovarienne) et infectieuses (facilitation de la transmission du virus VIH et d'autres IST) peuvent survenir. Le traitement repose sur une prise unique de praziquantel.

BIBLIOGRAPHIE

1. CYMERMAN RM, KAMPLAN HOFFMANN R, ROUHANI SCHAFFER P *et al.* Vulvar infections: beyond sexually transmitted infections. *Int J Dermatol*, 2017;56:361-369.
2. SAND FL, THOMSEN SF. Skin diseases of the vulva: Infectious diseases. *J Obstet Gynecol*, 2017;37:840-848.
3. COURTNEY-BROOKS M. Vulvar necrotizing soft tissue infection: A review of a multi-disciplinary surgical emergency and management in the modern era. *Gynecol Oncol Rep*, 2013;5:6-9.
4. SHEN HP, CHANG WC, HSIEH CH *et al.* Vulvar tuberculosis. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2011;50:106-108.
5. CLANCY AA, SPAANS JN, WEBERPALS JI. The forgotten woman's cancer: vulvar squamous cell carcinoma (VsCC) and a targeted approach to therapy. *Ann Oncol*, 2016;27:1696-1705.
6. HUPPERT JS. Lipschutz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. *Dermatologic Therapy*, 2010;23:533-540.

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