

Gynécologie

Mini-atlas de pathologie vulvaire



C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred Fournier, PARIS.

Ce mini-atlas très didactique a pour but d'illustrer les principales situations rencontrées en pathologie vulvaire avec une photo pour chaque cas. Il suit un ordre de gravité croissante, progressant de la vulve normale aux problèmes aigus ou récidivants, vers les problèmes chroniques avec potentiel oncogène ou révélant une pathologie sous-jacente, et se termine sur les différents cancers vulvaires.

Vulve normale et avec troubles pigmentaires



Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 1 : Vulve normale jeune.

La vulve comporte le pubis, les grandes lèvres, les petites lèvres, le vestibule, la zone clitoridienne et le périnée. La taille des petites lèvres est extrêmement variable. Des grains de Fordyce (glandes sébacées) sont souvent visibles dans les espaces interlabiaux. Le vestibule peut avoir des zones érythémateuses physiologiques.

Fig. 2 : Vulve normale âgée (atrophie vulvaire post-ménopausique).

Plusieurs années après la ménopause (et en l'absence de traitement hormonal), la vulve s'éclaircit, les reliefs du capuchon clitoridien et des petites lèvres diminuent (parfois atrophie complète), des glandes sébacées apparaissent et parfois des varices. Une biopsie peut être indispensable pour éliminer un lichen scléreux.



Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3 : Pigmentations régulières multiples (mélanose).

Des taches marrons ou noires régulières peuvent apparaître sur le vestibule, les petites lèvres et les espaces interlabiaux. Elles peuvent être spontanées (mélanose) ou post-inflammatoires (après un accouchement, par exemple). Il est difficile de les différencier des grains de beauté et un avis dermatologique est souhaitable. Noter la présence de papilles physiologiques sur la photo.

Fig. 4 : Dépigmentation (vitiligo).

La région génitale est une zone électorale du vitiligo. Celui-ci réalise des dépigmentations en taches ou en nappes qui épargnent des intervalles de peau normalement pigmentée. Il ne modifie ni le relief vulvaire ni la texture de la peau. Il est asymptomatique. L'examen clinique doit rechercher des signes éliminant un lichen scléreux qui est parfois très blanc.

Gynécologie

Affections aiguës et/ou récidivantes



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

Fig. 5: Condylomes.

Les condylomes, liés aux papillomavirus, prennent des aspects cliniques variés: à type de verrues exophytiques, de lésions plus plates (papules), blanches, roses ou pigmentées, de lésions framboisées (vestibules), de larges nappes... Un examen péréal, vaginal, cervical ainsi qu'un bilan IST sont toujours indispensables.

Fig. 6: Herpès*.

La primo-infection herpétique est majoritairement asymptomatique mais peut provoquer une éruption vésiculo-pustuleuse disséminée extrêmement douloureuse. Le diagnostic de récurrence herpétique doit être attesté par un examen en crise ou une photo. Il s'agit classiquement d'une érosion polycyclique, parfois d'une fissure ou d'un bouquet de vésiculo-pustules. Seul le prélèvement virologique local affirme le diagnostic.

Fig. 7: Ulcérations aiguës non vénériennes (de Lipschütz*).

Cette ulcération, qui correspond à un aphte géant, survient le plus souvent chez de très jeunes filles (souvent vierges) dans un tableau aigu d'extrême douleur et de lésion unique ou multiple nécrotique de siège préférentiellement vestibulaire. Une fièvre ou d'autres syndromes pseudo-grippaux peuvent la précéder. Ce n'est pas une IST mais souvent la manifestation cutanée d'une primo-infection à EBV (virus Epstein-Barr), CMV (cytomégalovirus)... En parallèle du bilan IST systématique, le traitement de la douleur doit être débuté rapidement avec en particulier l'application de corticoïdes locaux.

Fig. 8: Candidose aiguë.

Elle se manifeste classiquement par un prurit, des leucorrhées abondantes et une vulvite érythémateuse (80 % des cas). À l'examen, le vestibule est rouge et l'érythème a une prédominance postérieure vers le périnée et dans les plis. Un œdème des petites lèvres est souvent présent.

Fig. 9: Candidose récidivante*.

En cas de récurrences fréquentes ou de passage à la chronicité, la candidose perd ses caractéristiques: plus de pertes, plus d'œdème, sensations de brûlures plus que de prurit, vulvite érythémateuse sèche, à prédominance postérieure avec fissures dans les plis et collerette périphérique desquamative correspondant à des pustules asséchées remplies de *Candida*.

Fig. 10: Lichénification.

La lichénification est un épaississement de la peau, conséquence du grattage. Ainsi, elle siège toujours sur les zones externes de la vulve (grandes lèvres), se manifeste par une sécheresse et une augmentation du quadrillage normal de la peau. Elle peut être primitive ou conséquence d'une dermatose prurigineuse (psoriasis, eczéma, lichens...). C'est pourquoi une biopsie peut être utile pour confirmer son origine.

* Prélèvements infectieux locaux indispensables (mycologique, bactériologique ou virologique selon les cas au moins une fois).



Fig. 11.



Fig. 12.

Fig. 11: Psoriasis*.

Le psoriasis génital peut siéger sur les zones convexes ou dans les plis. Il provoque des crises de vulvite érythémateuse prurigineuse, sans atteinte vaginale, avec parfois une desquamation blanchâtre visible. Les bords des plaques sont bien limités et plutôt de topographie antérieure, et l'atteinte du pli interfessier est fréquente. Ces caractéristiques aident à différencier le psoriasis d'une candidose mais sans être formelles, et des prélèvements mycologiques vaginaux et vulvaires répétés sont indispensables pour éliminer une candidose.

Fig. 12: Lichen plan.

Le lichen plan non érosif est assez rare. Des plaques de couleur rose-violette très prurigineuses apparaissent brutalement, souvent à la suite d'un stress, sur les grandes lèvres ou dans les plis. Elles sont légèrement surélevées (papules) et classiquement surmontées ou entourées de stries blanches. On n'observe pas d'atrophie. Des lésions cutanées disséminées (face interne du poignet caractéristique) aident au diagnostic mais une biopsie peut être nécessaire.

Affections chroniques avec potentiel oncogène ou révélant une pathologie sous-jacente

Biopsies indispensables sauf LS non à risque typique.



Fig. 13.



Fig. 14.

Fig. 13: Lichen scléreux classique.

Le lichen scléreux (LS) est la plus fréquente des dermatoses vulvaires. Il apparaît sous la forme de nappes de couleur blanche, brillante, nacréée. La texture de la peau est moins élastique (sclérosée) et des accolements (synéchies) ou atrophies peuvent apparaître rapidement sur le capuchon clitoridien, les petites lèvres, les fourchettes antérieures et postérieures (brides). Des fissures des plis sont fréquentes ainsi que des taches de pigmentation post-inflammatoire des petites lèvres. Traitement (dermocorticoïdes) et surveillance à vie sont recommandés.

Fig. 14: Leucoplasie (lichen scléreux à risque).

Certains LS agressifs d'emblée ou laissés sans traitement développent des plaques blanches épaisses (leucoplasie) (**capuchon clitoridien à droite sur la photo**). Elles doivent impérativement être biopsiées à la recherche de cellules atypiques (VIN différenciée) qui sont des lésions précancéreuses et doivent être enlevées chirurgicalement.



Fig. 15.



Fig. 16.

Fig. 15: Leucoplasie (néoplasie intra-épithéliale vulvaire [VIN] classique [HPV-induite]).

Une plaque blanche épaisse isolée (leucoplasie) peut correspondre à une lésion induite par un HPV oncogène (VIN classique) et seule une biopsie pourra l'affirmer. Les caractéristiques cliniques sont des bords surélevés, une surface irrégulière, des zones pigmentées sur les versant cutanés vulvaires. Un bilan d'extension HPV est indispensable. Traitement (imiquimod, chirurgie, laser) et surveillance à vie sont indispensables afin de prévenir une transformation cancéreuse.

Fig. 16: Leucoplasie/érythroplasie (maladie de Paget vulvaire).

La maladie de Paget vulvaire est très rare et atteint principalement les femmes âgées. Au moment du diagnostic, les plaques leucoplasiques entrecoupées de zones rouges sont souvent très extensives. Seule la biopsie peut les différencier d'une VIN clas-

Gynécologie



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.

sique. La problématique est le développement d'un cancer sous-jacent (adénocarcinome) ou à distance. Une prise en charge spécialisée est recommandée.

Fig. 17: Ulcération (lichen scléreux à risque avec ulcération).

La présence d'une ulcération chronique sur LS doit être biopsiée à la recherche de cellules atypiques (VIN différenciée), laquelle devra être enlevée chirurgicalement pour prévenir une évolution carcinomateuse. Ces ulcération siègent souvent aux bords de leucoplasies. Noter ici la présence d'une hémorragie sous-épithéliale sans gravité sur le capuchon clitoridien.

Fig. 18: Ulcération (herpès chronique chez une patiente HIV positive).

L'infection HIV modifie l'évolution et l'aspect clinique de l'herpès génital qui provoque souvent des ulcérations profondes chroniques, voire des lésions bourgeonnantes pseudo-tumorales. Prélèvement virologique local et parfois biopsie aident au diagnostic.

Fig. 19: Érythroplasie (lichen plan érosif).

Le lichen plan érosif provoque davantage de brûlures et de douleurs vestibulaires spontanées aux rapports que de prurit. L'examen retrouve une zone vestibulaire rouge vif érosive, cernée par des zones blanches brillantes lichénoïdes. La biopsie, souvent utile au diagnostic, doit être pratiquée sur les zones blanches. Un examen vaginal et buccal est indispensable à la recherche d'autres localisations.

Fig. 20: Érythroplasie (néoplasie intra-épithéliale vulvaire [VIN] classique [HPV-induite]).

En dehors de la forme leucoplasique, les VIN classiques peuvent être rouges mais toujours à type de lésions surélevées infiltrées (papules) et avec un bord bien palpable et une surface irrégulière. Coexistent souvent des zones leucoplasiques et pigmentées. Toute lésion HPV-induite nécessite une surveillance annuelle à vie. La lésion correspond ici à une récurrence 7 ans après une conisation sans surveillance.

Cancers vulvaires

Biopsies indispensables.



Fig. 21.



Fig. 22.

Fig. 21: Carcinome épidermoïde sur lichen scléreux.

Les carcinomes épidermoïdes vulvaires se développent dans 2/3 des cas sur des lichens scléreux. Ils réalisent des lésions tumorales typiques. Ils sont souvent précédés de lésions à risque (VIN différenciées) repérables par des zones blanches épaisses résistantes au traitement (leucoplasies) (visibles sur les zones postérieures et controlatérales à la tumeur).

Fig. 22: Carcinome épidermoïde sur néoplasie intravulvaire (VIN) classique (HPV-induite).

Les carcinomes épidermoïdes vulvaires se développent dans 1/3 des cas sur des VIN classiques HPV-induites. Ils réalisent des lésions tumorales typiques mais parfois des ulcérations chroniques infiltrées. On note ici la VIN classique érythroplasique sur laquelle se sont développées deux zones carcinomateuses : une tumorale postérieure gauche et une ulcérée nécrotique para-urétrale droite.



Fig. 23.

Fig. 23 : Mélanome.

Les mélanomes vulvaires sont rares mais graves car souvent diagnostiqués à un stade tardif. Leur diagnostic clinique est difficile car on ne retrouve quasiment jamais d'histoire de grain de beauté préexistant, les formes tumorales sont rares et les formes peu pigmentées (acro-lentigineuses) fréquentes. Ainsi, toute lésion pigmentée récente et/ou inhomogène doit être biopsiée et surveillée. Noter ici un aspect polychrome typique avec une zone noire sur le clitoris, marron sur la petite lèvre gauche, beige en para-clitoridien gauche et rosée en sous-clitoridien gauche.

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