

Gynécologie

Les différents aspects cliniques des vulvites candidosiques

RÉSUMÉ : Les candidoses représentent la deuxième infection vaginale la plus fréquente. Ainsi, 75 % des femmes auront l'expérience d'au moins un épisode de candidose vulvo-vaginale aigu (CVV) au cours de leur vie. C'est la première cause de prurit vulvaire, d'œdème vulvaire et de leucorrhées blanches. 40 à 50 % de ces femmes connaîtront un deuxième épisode et 6 à 9 % souffriront d'épisodes récurrents de CVV.



C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred Fournier, PARIS.

La candidose vulvo-vaginale récidivante (CVVR) est définie par au moins 4 épisodes de CVV dans les 12 derniers mois [1]. La durée moyenne des récidives est de 6-7 jours (maximum 10 jours) et leur nombre moyen de 6 à 7 par an. Au cours de ces récidives, le prurit s'accompagne souvent de brûlures, de sécheresse, de douleurs vulvaires dans 54 à 78 % des cas et d'anxiété/dépression dans 43 à 62 % [2]. Ces CVVR représentent un réel facteur de risque de vulvodynie et sont parfois déclenchées par les rapports sexuels. Ainsi, une question sur la vie sexuelle et les éventuelles conséquences des candidoses doit toujours être posée (**encadré 1**). L'examen clinique reste normal en dehors des poussées.

- Prurit ou non, brûlures, dyspareunie
- Pertes ou œdèmes
- Cyclique (règles)
- Contagieux ou non
- Circonstances de début +++ (antibiotiques, grossesse, vacances, début des rapports sexuels...)
- Efficacité réelle des traitements précédents
- Habitudes d'hygiène
- **Si doute :** priorité à l'infection (PV + PVu répétés, éventuel traitement d'épreuve) puis biopsie

Encadré 1 : Questions clés. PV : prélèvement vaginal ; PVu : prélèvement vulvaire.

Il existe également des candidoses chroniques dont la fréquence est mal définie [4]. Il existe toujours des poussées de prurit et parfois d'œdème, mais avec persistance de sécheresse, de brûlures, de douleurs et de dyspareunie en dehors des crises.

Au cours des CVV, une vulvite érythémateuse est présente dans 85 % des cas. Elle est responsable de prurit, sensations de brûlure, picotement, tiraillement, dyspareunie. Elle est au premier plan dans les CVVR et les formes chroniques. C'est alors qu'elle peut être confondue avec une dermatose vulvaire : psoriasis, eczéma, lichen scléreux. La candidose peut également représenter une surinfection d'une dermatose (au cours d'un traitement par dermocorticoïdes par exemple), ce qui rend le diagnostic clinique encore plus complexe.

Une enquête a montré que l'association brûlures vaginales + prurit vulvaire correspondait à une candidose dans 92 % des cas [3]. Cependant, les patientes ont souvent des difficultés à décrire leurs symptômes et l'examen clinique est une étape essentielle pour le diagnostic. Le rôle du prélèvement mycobactériologique vaginal + vulvaire (PV + PVu) est de confirmer ou non la suspicion

I Gynécologie

Quand penser à une candidose vulvo-vaginale et demander un prélèvement vaginal et vulvaire ?

- Vulvite érythémateuse prurigineuse récidivante ou chronique :
 - topographie postérieure ;
 - collerette desquamative périphérique ;
 - érosions arrondies ;
 - début évocateur de candidose ;
 - vacances, antibiotiques, premiers rapports, grossesse ;
 - même si PV antérieurement négatif.
- Psoriasis avant tout traitement corticoïde local
- Lichen scléreux :
 - diffus, résistant aux corticoïdes ;
 - avec érythème.

Encadré 2.

clinique. Par définition, le pH vaginal est acide (< 3,5), l'examen mycologique direct doit être positif (présence de blastospores et filaments) et la culture sur milieu de Sabouraud doit montrer de multiples colonies. Mais 20 % des *Candida spp* sont présents dans le vagin de femmes asymptomatiques, 30 % des PV sont négatifs dans les candidoses chroniques, 12 % des candidoses ont un prélèvement vaginal (PV) négatif et un prélèvement vulvaire (PVu) positif (**encadré 2**).

Malheureusement, la biopsie vulvaire n'est pas contributive : elle montre le plus souvent une inflammation non spécifique et la coloration PAS (recherche de filaments mycéliens dans le *stratum corneum*) est rarement positive ! C'est pourquoi les meilleures clés du diagnostic sont l'association de facteurs favorisants, d'un examen clinique évocateur (vulvo-vaginite) et d'au moins un prélèvement vaginal et/ou vulvaire positif au cours de l'évolution [5].

Les formes classiques des CVVR et chroniques

Nous allons illustrer cet article de multiples photos cliniques de différentes formes de CVVR et chroniques, afin que cela aide au diagnostic.

• Candidose aiguë (ou CVVR en poussée)

- forme typique : leucorrhées blanches caillabottées, léger érythème vestibulaire (**fig. 1**) ;
- forme très intense : vulvite érythémateuse diffuse non spécifique recouverte



Fig. 1 : Candidose aiguë.



Fig. 2 : Candidose aiguë très intense.

de leucorrhées blanchâtres abondantes (**fig. 2**) ;

- piège diagnostique : candidose aiguë avec œdème des papilles physiologiques (**fig. 3**).

Elle est souvent confondue avec des condylomes acuminés profus.

• Candidose récidivante vue en poussée

- forme typique : leucorrhées blanchâtres qui se déposent sur le vestibule et les zones postérieures de la vulve. Début de vulvite érythémateuse postérieure (**fig. 4**) ;
- forme trompeuse : aspect sec, pas de leucorrhée, érythème vestibulaire



Fig. 3 : Candidose aiguë + papilles physiologiques œdématisées.



Fig. 4 : Candidose récidivante en poussée.



Fig. 5: Candidose récidivante en poussée minime cliniquement.

intense avec vulvite rosée sèche des espaces interlabiaux (fig. 5).

● **Candidose récidivante/chronique (fig. 6)**

– forme classique: vulvite érythémateuse peu intense, érythème vestibulaire, topographie postérieure, fissure du pli génito-crural gauche, bords mal limités avec collerette desquamative postérieure droite (fig. 7);

– forme classique (gros plan): vulvite érythémateuse postérieure peu intense avec érythème vestibulaire, bords mal limités et petites érosions arrondies postérieures (pustulettes excoriées) (fig. 8);

– forme classique (gros plan): collerette desquamative périphérique (fig. 9);

– forme minime: prédominance d'une sécheresse de la base des grandes lèvres, du périnée et de la région périanale; bords mal limités avec présence d'une collerette desquamative périphérique (mieux vue après léger frottement au gant ou avec une compresse) (fig. 10);

– forme très intense: vulvite diffuse (vestibule, petites lèvres, toutes les grandes lèvres, périnée), leucorrhées blanches, avec érythème très intense surmonté d'érosions arrondies postérieures et avec une légère desquamation périphérique postérieure droite (patiente avec un diabète non insulino-dépendant non équilibré) (fig. 11).

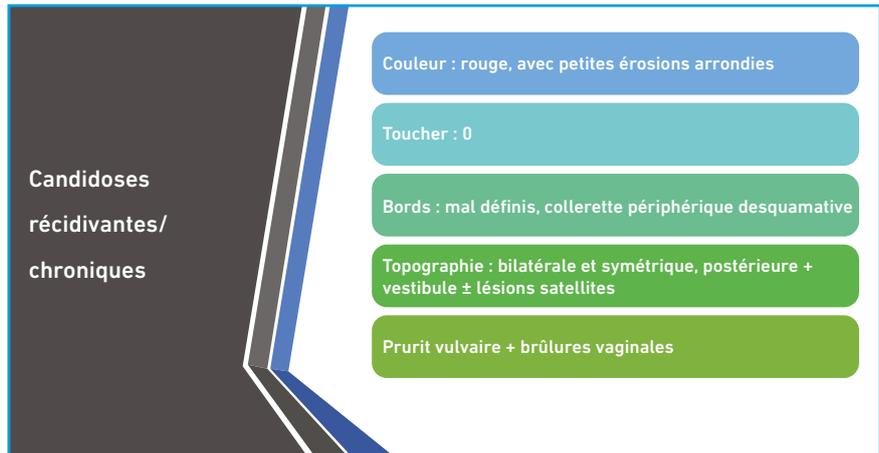


Fig. 6.



Fig. 7: Candidose chronique, forme classique.



Fig. 8: Candidose chronique, forme classique (gros plan).

● **Candidose lichénifiée**

Toute lichénification rouge est suspecte de candidose. Il convient de traiter seulement la candidose, pas la lichénification. Il existe un érythème prédominant sur les grandes lèvres avec un aspect sec et épais (lichénification), une érosion



Fig. 9: Candidose chronique, forme classique (gros plan).



Fig. 10: Candidose minime (sécheresse).

Gynécologie

POINTS FORTS

- Les candidoses vulvo-vaginales sont très fréquentes, parfois chroniques, parfois associées à des dermatoses.
- Elles doivent être suspectées devant toute vulvite érythémateuse postérieure.
- Il est important de reprendre l'histoire depuis le début.
- Il convient de stopper les traitements précédents.
- Le prélèvement vulvaire et vaginal est +++.
- Un test thérapeutique antimycosique doit être pratiqué si nécessaire.
- Le traitement est uniquement antimycosique, local (ovules + crème prolongée), oral (fluconazole en prises répétées) [6].



Fig. 11 : Candidose chronique très intense.

arrondie latérale droite et des érosions arrondies typiques de candidoses des espaces interlabiaux (fig. 12).

● Candidose sur peau pigmentée

On retrouve la classique atteinte postérieure mais l'érythème est remplacé par une dépigmentation. On notera la forte sécheresse, les zones un peu lichénifiées et les fines desquamations caractéristiques (bien visibles sur le pli génito-crural droit) (fig. 13). On utilisera



Fig. 12 : Candidose lichénifiée.



Fig. 13 : Candidose sur peau pigmentée.

des traitements actifs contre le *Candida non albicans* (kefir).

● Candidose sous traitement corticoïde local

Du fait du caractère récidivant et/ou chronique de la vulvite, de l'absence de réponse totale aux traitements locaux courts, de la possibilité de PV négatifs au cours de l'évolution, certaines CVVR ou chroniques sont confondues avec des dermatoses (le plus souvent eczéma, psoriasis, lichen scléreux). Des corticoïdes sont alors appliqués, ce qui crée un cercle vicieux de soulagement du prurit mais de récurrence dès l'arrêt des corticoïdes et de pérennisation de l'infection.

En cas de suspicion clinique de candidose récidivante/chronique avec un PV négatif, il convient de refaire un prélèvement vaginal et un prélèvement vulvaire à distance de tout traitement. Il ne faut jamais associer antimycosique et corticoïde topique :

– forme mineure : corticoïde local de classe légère appliqué régulièrement depuis 1 an pour une suspicion de dermatite atopique. Noter les leucorrhées et le renforcement de la vulvite sur le périnée (fig. 14) ;



Fig. 14 : Candidose sous traitement corticoïde, forme mineure.

– forme majeure: corticoïde local de classe forte appliqué tous les jours depuis 2 ans pour une suspicion de lichen scléreux. Noter l'extension centrifuge de l'érythème avec une bordure active irrégulière. Le fond des plis inguinaux n'est plus rouge en raison de l'effet anti-inflammatoire des corticoïdes (**fig. 15**);

– forme avec effet secondaire des corticoïdes: noter l'érythème persistant en bordure des lésions avec lésions à distance dans le pli inguinal droit, l'absence d'inflammation dans les zones centrales et l'atrophie cutanée induite par les corticoïdes puissants à long terme (**fig. 16**).

● Infection mixte

Il est très difficile, sur le plan clinique, de différencier une candidose d'une infection mixte (vaginose associée). Souvent, les pertes sont plus liquides que dans les candidoses pures, la malodeur peut apparaître et l'on peut remarquer la vulvite postérieure candidosique associée (**fig. 17**). C'est pourquoi tout épisode faisant évoquer cliniquement une CVVR et/ou une vaginose doit être certifié par un prélèvement mycobactériologique vaginal et/ou vulvaire au moins une fois voire plusieurs fois en cas de récurrences fréquentes ou d'évolution des signes cliniques.

● Surinfection candidosique d'une dermatose

– psoriasis + candidose: patiente avec un psoriasis connu typique (érythème vulvaire de topographie antérieure qui déborde sur le pubis, avec des bords bien limités et une fissure sus-clitoridienne), qui devient résistante au traitement dermocorticoïde. Découverte d'un érythème postérieur à point de départ vestibulaire, plus irrégulier et avec collerette desquamative périphérique caractéristique d'une candidose (**fig. 18**);

– lichen scléreux + candidose: patiente avec lichen scléreux (LS) connu traité par dermocorticoïdes 2 fois par semaine en traitement d'entretien. Récidive du



Fig. 15 : Candidose sous traitement corticoïde, forme majeure.



Fig. 18 : Psoriasis + candidose.



Fig. 16 : Candidose sous traitement corticoïde avec atrophie induite par les corticoïdes.



Fig. 19 : Lichen scléreux + candidose.



Fig. 17 : Infection mixte.



Fig. 20 : Vitiligo + candidose.

prurit et brûlures aux applications du traitement depuis 1 mois, après prise d'antibiotiques. Découverte d'un aspect

I Gynécologie

rosé sec sur tout le LS avec renforcement postérieur de l'érythème et desquamations caractéristiques de candidose (**fig. 19**). Tout érythème diffus sur LS doit faire suspecter une candidose, faire faire un PV (+ PVu) et stopper les corticoïdes topiques pendant au moins 3 semaines (durée du traitement antimycosique);

– vitiligo + candidose : patiente dont le vitiligo est devenu prurigineux; découverte d'une vulvite érythémateuse de la moitié postérieure de la vulve avec desquamations arrondies périphériques caractéristiques de candidose (**fig. 20**).

BIBLIOGRAPHIE

1. FOXMAN B, MURAGLIA R, DIETZ JP *et al.* Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey. *J Low Genit Tract Dis*, 2013;17:340-345.
2. ABALLÉA S, GUELFUCCI F, WAGNER J *et al.* Subjective health status and health-related quality of life among women with Recurrent Vulvovaginal Candidosis (RVVC) in Europe and the USA. *Health Qual Life Outcomes*, 2013;11:169.
3. HOFFSTETTER S, BARR S, LEFEVRE C *et al.* Telephone triage: diagnosis of candidiasis based upon self-reported vulvovaginal symptoms. *J Low Genit Tract Dis*, 2012;16:251-255.
4. FISCHER G. Chronic vulvovaginal candidiasis: what we know and what we have yet to learn. *Australas J Dermatol*, 2012;53:247-254.
5. HONG E, DIXIT S, FIDEL PL *et al.* Vulvovaginal candidiasis as a chronic disease: diagnostic criteria and definition. *J Low Genit Tract Dis*, 2014;18:31-38.
6. NGUYEN Y, LEE A, FISCHER G. Management of chronic vulvovaginal candidiasis: a long term retrospective study. *Australas J Dermatol*, 2017;58:e188-e192.

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