

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée  
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

## Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques

Herpès • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV  
Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

**Pertes vaginales (vaginose bactérienne,  
candidose vulvo-vaginale, trichomonase)**

## Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION  
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can  
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les  
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes  
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can  
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les  
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

# PERTES VAGINALES (VAGINOSE BACTÉRIENNE, CANDIDOSE VULVO-VAGINALE, TRICHOMONASE)

## Étiologie

- Les trois infections le plus souvent associées aux pertes vaginales chez les femmes adultes sont :
  - la vaginose bactérienne (VB);
  - la candidose vulvo-vaginale (CVV);
  - la trichomonase.
- Les pertes vaginales peuvent parfois être causées par une cervicite attribuable à *Neisseria gonorrhœae* ou à *Chlamydia trachomatis*.
  - Parmi les causes non infectieuses des pertes vaginales, notons :
    - des sécrétions physiologiques excessives;
    - une vaginite inflammatoire desquamative;
    - une vaginite atrophique (faibles pertes);
    - des corps étrangers.
- Il faut également envisager les causes non infectieuses du prurit vulvo-vaginal sans pertes vaginales, soit :
  - les agents irritants ou une dermatite allergique (p. ex., latex, savons, parfums);
  - les affections cutanées, par exemple :
    - le lichen scléreux (qui peut augmenter le risque de cancer de la vulve);
    - l'hyperplasie des cellules squameuses;
    - le lichen plan;
    - le psoriasis.

### **Vaginose bactérienne**

- La vaginose bactérienne est la cause la plus fréquente de pertes vaginales.
- Elle est caractérisée par un surcroît de micro-organismes (p. ex., *Gardenerella*, *Prevotella*, *Mobiluncus spp*) et une déplétion de la flore de lactobacilles dans les voies génitales.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

### **Candidose vulvo-vaginale**

- Près de 90 % des cas sont causés par *Candida albicans*, les autres étant causés par d'autres espèces de *Candida* (p. ex., *C. glabrata*) ou par *Saccharomyces cerevisiæ*.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

### **Trichomonase**

- Elle est causée par *Trichomonas vaginalis*, un protozoaire.
- C'est une infection transmissible sexuellement.

## Épidémiologie

- Les troubles vaginaux, fréquents en soins primaires, font partie des raisons les plus communes d'une consultation gynécologique.

### *Vaginose bactérienne*

- La prévalence a été estimée entre 10 et 30 % chez les femmes enceintes et à 10 % des patientes consultant un médecin de famille<sup>1,2</sup>.
- Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne<sup>3</sup>.
- La présence de la VB pendant une intervention effractive comme la pose d'un stérilet, une biopsie endométriale ou un curetage utérin, a été associée à une atteinte inflammatoire pelvienne post-intervention et à une cellulite du dôme vaginal<sup>4,5</sup>.
- La présence de la VB est associée à un risque accru d'acquisition du VIH<sup>6,7</sup>.

### *Candidose vulvo-vaginale*

- Près de 75 % des femmes présentent au moins un épisode de CVV durant leur vie et 5 à 10 % des femmes en présenteront plus d'un<sup>8</sup>.
- L'incidence de la CVV récurrente (au moins quatre épisodes symptomatiques de CVV par an) a été estimée à 5 % chez les femmes en âge de procréer<sup>8</sup>.
- Parmi les femmes atteintes du VIH, les faibles numérations de CD4 et les charges virales élevées ont été associées à une colonisation persistante de *Candida* et à une incidence accrue de CVV<sup>9-12</sup>.

### *Trichomonase*

- La prévalence de la trichomonase n'a pas été bien déterminée. Dans le cadre d'une étude menée dans une clinique des infections transmissibles sexuellement (ITS) aux États-Unis, la prévalence de la trichomonase a été estimée entre 10 et 35 %, mais ces données sont peu susceptibles d'être généralisables<sup>13</sup>. Parmi les hommes consultant des cliniques ITS, la prévalence a été estimée entre 3 et 20 %<sup>13</sup>.
- La trichomonase est associée à un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH chez les femmes<sup>13-15</sup>.

## Prévention

- Les facteurs prédisposant à la VB et à la CVV sont présentés au tableau 1.
- La trichomonase, qui est transmise sexuellement, peut être prévenue en pratiquant les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

## Manifestations et diagnostic

- Les signes et symptômes associés à ces infections ne sont pas spécifiques (voir le tableau 1).
- Le diagnostic définitif ne peut être posé qu'après avoir obtenu les résultats aux analyses de laboratoire<sup>16</sup>.

**Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire**

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
Transmission sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmise sexuellement</li> </ul>
Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvent absents</li> <li>• Plus fréquent si la personne est active sexuellement</li> <li>• Nouveau partenaire sexuel</li> <li>• Emploi d'un stérilet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvent absents</li> <li>• Plus fréquent si la personne est active sexuellement</li> <li>• Usage courant ou récent d'antibiotiques</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Corticostéroïdes</li> <li>• Diabète mal maîtrisé</li> <li>• Immunodépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenaires multiples</li> </ul>
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes vaginales</li> <li>• Odeur de poisson</li> <li>• Asymptomatique dans 50 % des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes vaginales</li> <li>• Picotements</li> <li>• Dysurie externe</li> <li>• Dyspareunie superficielle</li> <li>• Asymptomatique dans autant que 20 % des cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes vaginales</li> <li>• Picotements</li> <li>• Dysurie</li> <li>• Asymptomatique dans 10 à 50 % des cas</li> </ul>

**Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire (suite)**

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
Signes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes abondantes, fines, blanches ou grises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes blanches, en grains ou en mottes</li> <li>• Érythème et œdème du vagin et de la vulve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes beiges ou jaunes, écumeuses</li> <li>• Érythème de la vulve et du col de l'utérus (col piqueté vasculaire rouge ou « col en fraise »)</li> </ul>
pH vaginal	• > 4,5	• < 4,5	• > 4,5
Préparation à l'état frais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PN</li> <li>• « Clue cells »*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levure bourgeonnante</li> <li>• Filaments pseudo-mycéliens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protozoaire mobile flagellé (sensibilité de 38 à 82 %)<sup>†</sup></li> </ul>
Coloration de Gram	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Clue cells »*</li> <li>• Diminution de la flore normale</li> <li>• Prédominance de bacilles et de coccobacilles courbés Gram négatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PN</li> <li>• Levure bourgeonnante</li> <li>• Filaments pseudo-mycéliens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PN</li> <li>• Trichomonas</li> </ul>
Odeur d'amine	• Positive	• Négative	• Négative
Traitement privilégié (voir les tableaux 3 à 9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole</li> <li>• Clindamycine</li> </ul>	• Antifongiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole</li> <li>• Traiter le partenaire</li> </ul>

PN = leucocytes polynucléaire

\*Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

† Le test par mise en culture est plus sensible que l'examen microscopique pour la détection de *T. vaginalis*.

## Prélèvement d'échantillons

- Procéder à un examen au spéculum.
- Exclure la cervicite.
- Prélever un échantillon de sécrétions de la paroi vaginale afin de l'analyser au microscope (si l'examen microscopique n'est pas possible sur place, voir la figure 1 pour la prise en charge syndromique).
- Bien qu'elle ne constitue pas un test sensible, la coloration de Gram peut guider le diagnostic de la cervicite muco-purulente (CMP) et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques.
- L'obtention de résultats négatifs avec une préparation à l'état frais ne permet pas d'exclure une origine infectieuse de la vaginite.
- Une culture est rarement requise dans les cas de vaginite aiguë.

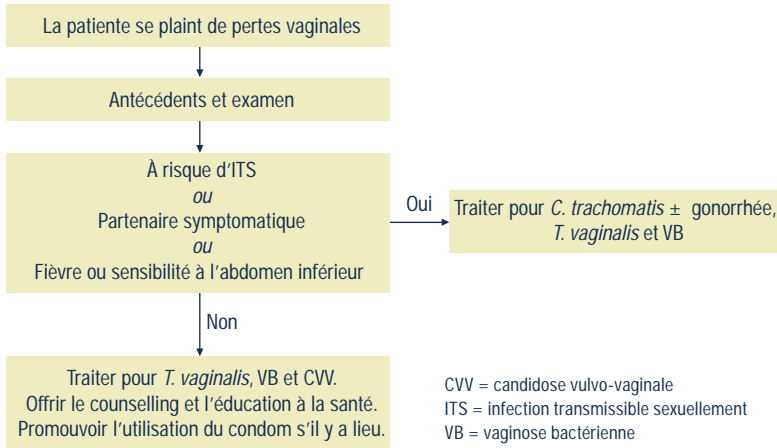
**Tableau 2. Prélèvement d'échantillons**

Test	Directives	Résultat normal
Test de pH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser du papier pH à intervalle de résultats étroit.</li> </ul>	pH " 4,5
Préparation à l'état frais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer une goutte de sécrétions vaginales sur une lame; la mélanger avec une goutte de solution saline à 0,9 %*; recouvrir d'une lamelle; examiner immédiatement au microscope à faible et à fort grossissement.</li> <li>• Vérifier la présence de leucocytes, de « clue cells », de lactobacilles, de levures et de trichomonas.</li> </ul>	Cellules épithéliales et globules blancs (rare)
Odeur d'amine/ préparation à l'état frais additionnée de KOH (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer une goutte de sécrétions sur la lame; la mélanger avec une goutte de KOH à 10 %; la présence d'une odeur d'amine (de poisson) après l'application du KOH est un résultat positif; recouvrir d'une lamelle; examiner au microscope à faible et à fort grossissement.</li> <li>• Vérifier la présence de levures.</li> </ul>	Négative
Coloration de Gram		Prédominance de grands bacilles Gram-positifs

\* Tandis que le KOH détruit les débris cellulaires et permet de déceler plus clairement les levures et les hyphes, il détruit également les cellules épithéliales dans les « clue cells », lesquelles sont nécessaires pour diagnostiquer la VB et lyse les Trichomonas. La solution saline est donc nécessaire en cas de vaginite.

### Figure 1. Prise en charge syndromique des pertes vaginales

Lorsque l'examen microscopique sur place n'est pas disponible, se référer à l'algorithme mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour la prise en charge des pertes vaginales<sup>17</sup>.



### Prises en considération d'autres ITS

- En cas de trichomonase, il faut envisager la présence d'autres ITS. S'il y a lieu, d'après les facteurs de risque de la patiente et de son partenaire (et selon leur statut d'immunisation contre l'hépatite B), on pourra prélever des échantillons pour vérifier la présence des infections suivantes :
  - gonorrhée et chlamydie;
  - syphilis;
  - VIH;
  - hépatite B.

# Vaginose bactérienne

## Prise en charge et traitement

Tableau 3. Traitement de la vaginose bactérienne

Asymptomatique	Symptomatique
<p>Le traitement n'est nécessaire que dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• grossesse à risque élevée (antécédents d'accouchement avant-terme);</li><li>• avant la pose d'un stérilet;</li><li>• avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale des voies génitales supérieures.</li></ul>	<p><i>Traitements privilégiés</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours</li><li>• Gel de métronidazole à 0,75 %, 1 applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale, pendant 5 jours</li><li>• Crème de clindamycine à 2 %, 1 applicateur (5 g), par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 7 jours</li></ul> <p><i>Autres traitements</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique</li><li>• Clindamycine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour le traitement au métronidazole, le schéma de 7 jours p.o. est aussi efficace que le traitement au gel pendant 5 jours (taux de guérison : de 75 à 85 %) <sup>18-20</sup>. La prise d'une dose unique p.o. est également associée à un taux de guérison de 85 %, mais à un taux supérieur de récurrence après un mois (35 à 50 % vs 20 à 33 %) [A-I]<sup>21</sup>.</li><li>• Dans une étude, la crème de clindamycine était équivalente aux deux schémas de métronidazole (taux de guérison de 75 à 86 %) [A-I]<sup>20</sup>.</li></ul>	

**Remarque :**

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).
- La crème à la clindamycine est à base d'huile, ce qui peut nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.



### **Vaginose bactérienne récurrente**

- Près de 15 à 30 % des patientes présentent une vaginose bactérienne récurrente un à trois mois après le traitement<sup>22</sup>.
- Confirmer de nouveau le diagnostic.

#### **Tableau 4. Traitement de la vaginose bactérienne récurrente**

- Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [B-III]<sup>22,23</sup>
- Gel de métronidazole à 0,75 %, un applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale pendant 10 jours, suivi d'un traitement supprimeur au gel de métronidazole appliqué deux fois par semaine pendant 4 à 6 mois [B-III]<sup>24</sup>

#### **Remarque :**

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- La vaginose bactérienne n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le traitement des partenaires sexuels de sexe masculin n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence de l'infection.

### **Suivi**

- Le suivi n'est pas nécessaire à moins que la patiente soit enceinte ou que des symptômes réapparaissent.

### **Considérations spéciales**

#### **Grossesse**

- Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne.
- Le dépistage systématique de la VB pendant la grossesse n'est pas recommandé. Dans le cas de grossesse à risque élevé, les données préconisent le dépistage et le traitement entre la 12<sup>e</sup> et la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse (voir le chapitre « Femmes enceintes »). Cependant, les femmes enceintes présentant des symptômes doivent passer des tests et être traitées.
- Le traitement de la VB asymptomatique chez les femmes ayant déjà accouché avant-terme pourrait réduire le risque d'une rupture des membranes prématurée, le travail avant-terme et le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance [B-I]<sup>25,26</sup>. Traiter aux antibiotiques oraux : le métronidazole et la clindamycine par voie orale ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse ou l'allaitement<sup>26-31</sup>. Les antibiotiques topiques n'ont pas d'effet sur les naissances avant-terme, mais le traitement par la clindamycine topique pendant la grossesse a été associé à des issues indésirables chez les nouveau-nés (voir le chapitre « Femmes enceintes »).

- Il faut refaire le test un mois après la fin du traitement pour confirmer son efficacité.

### VIH

- Le traitement est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne le sont pas.

## Candidose vulvo-vaginale

### Prise en charge et traitement

#### *Candidose vulvo-vaginale sans complication*

**Tableau 5. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sans complication**

Asymptomatique	Symptomatique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le traitement n'est pas nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovules et crèmes intra-vaginales à base d'azoles, en vente libre (p. ex., clotrimazole, miconazole)</li> <li>• Fluconazole 150 mg, p.o., en dose unique. <i>Contre-indiqué pendant la grossesse.</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'efficacité des azoles topiques et oraux est équivalente [A-I]<sup>32</sup>. L'efficacité estimée se situe entre 80 et 90 %<sup>32</sup>.</li> <li>• Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent en deux ou trois jours.</li> </ul>	

**Remarque :**

Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

#### *Candidose vulvo-vaginale complexe*

- Définie comme une CVV récurrente, une CVV sévère, une CVV causée par une espèce non *albicans* ou survenant chez une personne immunodéprimée.

#### *La CVV récurrente*

- Survenue d'au moins quatre épisodes ou plus de CVV en 12 mois.
- Confirmer le diagnostic de CVV récurrente en prélevant une culture vaginale et en procédant à l'identification complète des espèces isolées, ce qui devrait permettre d'orienter le traitement. Les espèces non *albicans* se retrouvent chez 10 à 20 % des patientes souffrant de CVV récurrente<sup>33</sup>. Le traitement antifongique classique n'est pas aussi efficace contre certaines de ces espèces (voir le tableau 8).

- Le traitement requiert une induction généralement suivie d'un schéma d'entretien de six mois (voir le tableau 6).
- Aux patientes sujettes aux CVV récurrentes requérant une antibiothérapie, on peut administrer des azoles prophylactiques topiques ou oraux, comme le fluconazole 150 mg, par voie p.o., au début de l'antibiothérapie, puis une fois par semaine pendant la durée du traitement [B-III]<sup>78</sup>.

**Tableau 6. Traitement de la candidose vulvo-vaginale récurrente**

Traitement d'induction
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazole 150 mg, par voie orale, 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 3 doses [A-I]<sup>34</sup>. Efficacité de 92 %. <i>Contre-indiqué pendant la grossesse.</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-II]<sup>35-38</sup>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acide borique 300 à 600 mg, sous forme de capsule de gélatine, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 14 jours [B-II]<sup>39,40</sup>. L'irritation mucosale est moindre lorsqu'une dose de 300 mg est utilisée<sup>40</sup>. Efficacité d'environ 80 %<sup>40</sup>. <i>Contre-indiqué pendant la grossesse.</i></li> </ul>

**Notes :**

- Chaque épisode de CVV récurrente causée par *C. albicans* répond généralement à une traitement aux azoles oraux ou topiques, le traitement étant plus efficace lorsque sa durée est plus longue<sup>36</sup>.
- Sans traitement d'entretien, la CVV est récurrente chez 50 % des patientes, dans les trois mois qui suivent la fin du traitement initial.
- Commencer le traitement d'entretien dès la fin du traitement initial.

**Traitement d'entretien**

- Fluconazole 150 mg, p.o., 1 fois par semaine [A-I]<sup>34</sup>. Une récurrence s'est produite dans 10 % des cas pendant le traitement.
- Kétoconazole à 100 mg, p.o., 1 f.p.j. [A-I]<sup>41</sup>. Une récurrence s'est produite dans 5 % des cas pendant le traitement. Il faut suivre les patientes recevant du kétoconazole à long terme pour surveiller toute hépatotoxicité (incidence de 1/12 000).
- Itraconazole de 200 à 400 mg, p.o., 1 fois par mois [A-I]<sup>42,43</sup>. Une récurrence s'est produite dans 36 % des cas pendant le traitement<sup>43</sup>.
- Clotrimazole 500 mg, par voie intra-vaginale, 1 fois par mois [A-I]<sup>44</sup>.
- Acide borique 300 mg, en capsule par voie intra-vaginale, pendant 5 jours, chaque mois à compter du premier jour du cycle menstruel [B-II]<sup>40</sup>. Une récurrence s'est produite dans 30 % des cas pendant le traitement<sup>40</sup>.

**Notes :**

- La durée minimale du traitement d'entretien est de six mois. Après six mois, cesser le traitement et faire un suivi.
- Le taux de récurrence est élevé, celle-ci se produisant chez près de 60 % des femmes dans le mois ou les deux mois qui suivent l'arrêt du traitement d'entretien<sup>8,36</sup>.
- En cas de récurrence, traiter l'épisode puis réintroduire un schéma d'entretien.
- Le fluconazole et l'acide borique sont contre-indiqués pendant la grossesse.
- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'utilisation adéquate des condoms en latex ou des diaphragmes.

CVV = candidose vulvo-vaginal

### CVV sévère

- Érythème, œdème, excoriation ou formation des fissures majeurs de la vulve.

### Tableau 7. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sévère

- Fluconazole 150 mg, p.o., 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 2 doses [A-I]<sup>33</sup>.  
*Contre-indiqué pendant la grossesse.*
- Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-III]<sup>8,35,37,38</sup>.

#### Remarque :

Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

### CVV causée par une espèce non albicans

- Le plus souvent causée par *C. glabrata*, lequel est de 10 à 100 fois moins sensible aux azoles que *C. albicans*<sup>8</sup>.

### Tableau 8. Traitement de la candidose vulvo-vaginale causée par une espèce non albicans

#### Traitement initial

- Acide borique 600 mg, en capsule à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]<sup>38,39,45,46</sup>. Efficacité de 64 à 81 %. Brûlures vaginales signalées dans < 10 % des cas.
- Crème de flucytosine à 5 g, à administrer par voie intravaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]<sup>46,47</sup>. Efficacité de 90 %.
- Amphotéricine B 50 mg, en suppositoire à administrer par voie intravaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]<sup>48</sup>. Efficacité de 80 % (10 patients). Irritation externe légère signalée dans 10 % des cas.
- Flucytosine à 1 g PLUS amphotéricine B à 100 mg (les deux combinées dans un gel lubrifiant), administrées par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]<sup>49,50</sup>. Efficacité dans 100 % des cas (4 patientes).

#### En cas de symptômes récurrents

- Retraiter par l'acide borique en capsule de 600 mg, à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours, suivi de : l'acide borique, 1 fois tous les 2 jours pendant plusieurs semaines, ou 100 000 unités de nystatine en suppositoire, 1 f.p.j. pendant 3 à 6 mois [B-III]<sup>8</sup>.

#### Remarque :

Il n'existe pas de données sur l'innocuité de l'acide borique utilisé à long terme<sup>51</sup>.

### *Personnes immunodéprimées*

- Personnes qui prennent des corticostéroïdes ou dont le diabète n'est pas maîtrisé.
- Les espèces *C. glabrata* et les autres espèces non *albicans* sont plus souvent isolées chez les femmes diabétiques que chez celles qui ne font pas de diabète.
- Traiter pendant une plus longue durée (10 à 14 jours) par un azole intra-vaginal [B-III] ou de l'acide borique en capsule de 600 mg, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]<sup>37,38</sup>.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- La candidose vulvo-vaginale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le dépistage et le traitement systématiques ne sont pas indiqués chez les partenaires de sexe masculin<sup>52-54</sup>. Cependant, ces derniers doivent recevoir un traitement s'il s'agit d'une infection à *Candida balanitis*. Utiliser une crème d'imidazole topique deux fois par jour pendant sept jours.

### **Suivi**

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes persistent ou soient récurrents.
- Envisager faire une mise en culture et un test de sensibilité de la levure si la réponse au traitement n'est pas adéquate ou si l'infection réapparaît.

### **Considérations spéciales**

#### **Grossesse**

- Seuls les azoles topiques sont recommandés pour le traitement de la candidose vulvo-vaginale pendant la grossesse. Un traitement de sept jours pourrait être nécessaire<sup>55</sup>.

#### **VIH**

- Le traitement de la candidose est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.
- La candidose vaginale est souvent récurrente et plus sévère chez les femmes séropositives. Dans certains cas, elle nécessite un traitement plus agressif et à plus long terme.

## Trichomonase

### Prise en charge et traitement

**Tableau 9. Traitement de la trichomonase**

- Métronidazole 2 g, p.o., en dose unique [A-I]<sup>56</sup>
- Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j, pendant 7 jours [A-I]<sup>56</sup>
- Efficacité de 82 à 88 % pour les deux schémas thérapeutiques; elle peut atteindre 95 % si le partenaire est traité lui aussi<sup>56</sup>.
- Le gel de métronidazole intra-vaginal n'est pas efficace.

#### Remarque :

Les patients ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral par le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

### Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La trichomonase est une maladie à déclaration obligatoire dans certaines régions.
- Les partenaires doivent recevoir un traitement contre la trichomonase quel que soient les symptômes (il n'est pas nécessaire de les soumettre à des tests de dépistage de *Trichomonas*). La majorité des hommes infectés par le *T. vaginalis* sont asymptomatiques, mais certains d'entre eux présentent une urétrite légère. Traiter les partenaires sexuels de la même façon que le cas index.

### Suivi

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes soient récurrents, ce qui se produit généralement en cas de réinfection.
- La prévalence de *T. vaginalis* résistant au métronidazole est estimée à 5 %. Répond habituellement à une dose élevée de métronidazole<sup>57</sup>.

### Considérations spéciales

#### Grossesse

- La trichomonase peut être associée à une rupture prématurée des membranes, à une naissance avant-terme et à un faible poids à la naissance.
- Les femmes enceintes présentant des symptômes devraient être traitées avec le métronidazole 2 g, par voie orale, en dose unique, pour soulager les symptômes [A-I]. Un autre traitement possible est le métronidazole 500 mg, p.o., 2 f.p.j, pendant 7 jours [A-I]. Il n'est pas connu si le traitement améliorera l'issue des grossesses<sup>58,59</sup>.
- Il n'est pas recommandé de traiter les femmes enceintes qui ne présentent pas de symptômes [D-I]<sup>60</sup>.
- Le métronidazole n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse ou l'allaitement<sup>26-31</sup>.

## VIH

- Le traitement de la trichomonase est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.

## Utilisation de lactobacilles vivants pour rétablir la flore vaginale normale

- Les préparations de lactobacilles sont souvent utilisées pour le traitement de la VB et de la CVV. Un petit essai randomisé mené auprès de femmes en bonne santé a montré que la prise de lactobacilles par voie orale était sans danger, qu'elle augmentait le dénombrement de lactobacilles vaginaux et qu'elle diminuait le nombre de levures comparativement au groupe sous placebo<sup>61</sup>. Cependant, dans un essai plus récent, randomisé, bien conçu, contrôlé et mené auprès de 278 femmes, la prise de *L. rhamnosus* par voie orale et par voie intra-vaginale s'est avéré inefficace pour à la prévention des CVV post-antibiothérapie<sup>62</sup>.
- Deux essais randomisés et contrôlés ont étudié l'emploi d'une combinaison topique à base de *L. acidophilus* à faible dose et d'œstriol, pour la prise en charge de la vaginose bactérienne dans le premier, et pour celle de plusieurs infections (VB, VVV, trichomonase) dans le second<sup>63,64</sup>. Les deux essais ont montré sur le plan statistique une réduction significativement plus importante des symptômes et du rétablissement microscopique de la flore normale, comparativement au groupe sous placebo.

## Références

1. Mead, P.B. « Epidemiology of bacterial vaginosis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 169, 1993, p. 446-449.
2. Schmidt, H., J.G. Hansen. « Bacterial vaginosis in a family practice population », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 79, 2000, p. 999-1005.
3. Leitich, H., B. Bodner-Adler, M. Brunbauer, A. Kaider, C. Egarter, P. Husslein. « Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189, 2003, p. 139-147.
4. Soper, D.E., R.C. Bump, W.G. Hurt. « Bacterial vaginosis and trichomoniasis vaginitis are risk factors for cuff cellulitis after abdominal hysterectomy », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 163, 1990, p. 1016-1021.
5. Penney, G.C., M. Thompson, J. Norman et coll. « A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105, 1998, p. 599-604.
6. Taha, T.E., D.R. Hoover, G.A. Dallabetta et coll. « Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV », *AIDS*, vol. 12, 1998, p. 1699-1706.
7. Martin, H.L., B.A. Richardson, P.M. Nyange et coll. « Vaginal lactobacilli, microbial flora, and risk of human immunodeficiency virus type 1 and sexually transmitted disease acquisition », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 180, 1999, p. 1863-1838.

8. Sobel, J.D. « Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis », *Drugs*, vol. 63, 2003, p. 1059-1066.
9. Duerr, A., C. Heilig, S. Meikle et coll. « Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 101, 2003, p. 548-556.
10. McClelland, R., L. Lavreys, C. Katingima et coll. « Contribution of HIV-1 infection to acquisition of sexually transmitted disease: a 10-year prospective study », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, 2005, p. 333-338.
11. Ohmit, S., J. Sobel, P. Schuman et coll. « Longitudinal study of mucosal *Candida* species colonization and candidiasis among human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive and at-risk HIV-seronegative women », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 188, 2003, p. 118-127.
12. Schuman, P., J. Sobel, S. Ohmit et coll. « Mucosal candidal colonization and candidiasis in women with or at risk for human immunodeficiency virus infection », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 27, 1998, p. 1161-1167.
13. Sorvillo, F., L. Smith, P. Kerndt, L. Ash. « *Trichomonas vaginalis*, HIV, and African-Americans », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 7, 2001, p. 927-932.
14. Fleming, D.T., J.N. Wasserheit. « From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, 1999, p. 3-17.
15. Schwebke, J. « Update of trichomoniasis », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 378-379.
16. Anderson, M.R., K. Klink, A. Cohrssen. « Evaluation of vaginal complaints », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, 2004, p. 1368-1379.
17. Organisation mondiale de la santé. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Genève. Organisation mondiale de la santé, 2003.
18. Lugo-Miro, V., M. Green, L. Mazur. « Comparison of different metronidazole therapeutic regimens for bacterial vaginosis. A meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, 1992, p. 92-95.
19. Hanson, J.M., J.A. McGregor, S.L. Hillier et coll. « Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 45, 2000, p. 889-896.
20. Ferris, D.S., M.S. Litaker, L. Woodward, D. Mathis, J. Hendrich. « Treatment of bacterial vaginosis: a comparison of oral metronidazole, metronidazole vaginal gel, and clindamycin vaginal cream », *Journal of Family Practice*, vol. 41, 1995, p. 443-449.
21. Swedberg, J., J.F. Steiner, F. Deiss, S. Steiner, D.A. Driggers. « Comparison of single-dose vs one-week course of metronidazole for symptomatic bacterial vaginosis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 254, 1985, p. 1046-1049.
22. Sobel, J.D. « Vaginitis », *New England Journal of Medicine*, vol. 337, 1997, p. 1896-1903.
23. Sobel, J. « Bacterial vaginosis », *Annual Review of Medicine*, vol. 51, 2000, p. 349-356.



24. Alfonsi, G.A., J.C. Shlay, S. Parker, J.O. Neher. « What is the best approach for managing recurrent bacterial vaginosis? » *Journal of Family Practice*, vol. 53, 2004, p. 650-652.
25. Guise, J.M., S.M. Mahon, M. Aickin, M. Helfand, J.F. Peipert, C. Westhoff. « Screening for bacterial vaginosis in pregnancy », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, suppl 3, 2001, p. S62-S72.
26. McDonald, H., P. Brocklehurst, J. Parsons, R. Vigneswaran. « Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, 2003, CD000262.
27. Piper, J.M., E.F. Mitchel, W.A. Ray. « Prenatal use of metronidazole and birth defects: no association », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 82, 1993, p. 348-352.
28. Czeizel, A., M. Rockenbauer. « A population based case-control teratologic study of oral metronidazole », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105, 1998, p. 322-327.
29. Burtin, P., A. Taddio, O. Ariburnu, T.R. Einarson, G. Koren. « Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 172 (2 Pt. 1), 1995, p. 525-529.
30. Caro-Paton, T., A. Carvajal, I. Martin de Diego et coll. « Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 44, 1997, p. 179-182.
31. Passmore, C.M., J.C. McElnay, E.A. Rainey, P.F. D'Arcy. « Metronidazole excretion in human milk and its effect on the suckling neonate », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 26, 1988, p. 45-51.
32. Watson, M.C., J.M.Grimshaw, C.M. Bond, J. Mollison, A. Ludbrook. « Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, 2001, CD002845.
33. Sobel, J.D., P.S. Kapernick, M. Zervos et coll. « Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 185, 2001, p. 363-369.
34. Sobel, J.D., H.C. Wiesenfeld, M. Martens et coll. « Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis », *New England Journal of Medicine*, vol. 351, 2004, p. 876-883.
35. Sobel, J.D., S. Faro, R.W. Force et coll. « Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 178, 1998, p. 203-211.
36. Sobel, J.D., D. Brooker, G.E. Stein et coll. « Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 172 (4 Pt 1), 1995, p. 1263-1268.
37. Rex, J.H., T.J. Walsh, J.D. Sobel et coll. « Practice guidelines for the treatment of candidiasis », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, 2000, p. 662-678.
38. Pappas, P.G., J.H. Rex, J.D. Sobel et coll. « Guidelines for treatment of candidiasis », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 38, 2004, p. 161-189.

39. Sobel, J.D., W. Chaim. « Treatment of *Torulopsis glabrata* vaginitis: retrospective review of boric acid therapy », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 24, 1997, p. 649-652.
40. Guaschino, S., F. De Seta, A. Sartore et coll. « Efficacy of maintenance therapy with topical boric acid in comparison with oral itraconazole in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 184, 2001, p. 598-602.
41. Sobel, J.D. « Recurrent vulvovaginal candidiasis. A prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy », *New England Journal of Medicine*, vol. 315, 1986, p. 1455-1458.
42. Creatsas, G.C., V.M. Charalambidis, E.H. Zagotzidou, H.N. Anthopoulou, D.C. Michailidis, D.I. Aravantinos. « Chronic or recurrent vaginal candidosis: short-term treatment and prophylaxis with itraconazole », *Clinical Therapeutics*, vol. 15, 1993, p. 662-671.
43. Spinillo, A., L. Colonna, G. Piazzi, F. Baltaro, A. Monaco, A. Ferrari. « Managing recurrent vulvovaginal candidiasis. Intermittent prevention with itraconazole », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 42, 1997, p. 83-87.
44. Roth, A.C., I. Milsom, L. Forssman, P. Wahlen. « Intermittent prophylactic treatment of recurrent vaginal candidiasis by postmenstrual application of a 500 mg clotrimazole vaginal tablet », *Genitourinary Medicine*, vol. 66, 1990, p. 357-360.
45. Jovanovic, R., E. Congema, H.T. Nguyen. « Antifungal agents vs. boric acid for treating chronic mycotic vulvovaginitis », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 36, 1991, p. 593-597.
46. Sobel, J.D., W. Chaim, V. Nagappan, D. Leaman. « Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189, 2003, p. 1297-1300.
47. Horowitz, B.J. « Topical flucytosine therapy for chronic recurrent *Candida tropicalis* infections », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 31, 1986, p. 821-824.
48. Phillips, A.J. « Treatment of non-*albicans* *Candida* vaginitis with amphotericin B vaginal suppositories », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 192, 2005, p. 2009-2012.
49. White, D.J., A.R. Habib, A. Vanthuyne, S. Langford, M. Symonds. « Combined topical flucytosine and amphotericin B for refractory vaginal *Candida glabrata* infections », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, 2001, p. 212-213.
50. Shann, S., J. Wilson. « Treatment of *Candida glabrata* using topical amphotericin B and flucytosine », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 79, 2003, p. 265-266.
51. Fidel, P.L. Jr, J.A.Vazquez, J.P. Sobel. « *Candida glabrata*: review of epidemiology, pathogenesis, and clinical disease with comparison to *C. albicans* », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 12, 1999, p. 80-96.
52. Buch, A., E. Skytte Christensen. « Treatment of vaginal candidosis with natamycin and effect of treating the partner at the same time », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 61, 1982, p. 393-396.

53. Bisschop, M.P., J.M. Merkus, H. Scheygrond, J. van Cutsem. « Co-treatment of the male partner in vaginal candidosis: a double-blind randomized control study », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, 1986, p. 79-81.
54. Calderon-Marquez, J. « Itraconazole in the treatment of vaginal candidosis and the effect of treatment of the sexual partner », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 9, suppl 1, 1987, p. S143-S145.
55. Young, G.L., D. Jewell. « Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, 2001, CD000225.
56. Forna, F., A.M. Gulmezoglu. « Interventions for treating trichomoniasis in women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, 2003, CD000218.
57. Schmid, G., E. Narcisi, D. Mosure, W.E. Secor, J. Higgins, H. Moreno. « Prevalence of metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* in a gynecology clinic », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 46, 2001, p. 545-549.
58. Kigozi, G.G., H. Brahmbhat, F. Wabwire-Mangen et coll. « Treatment of *Trichomonas* in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189, 2003, p. 1398-1400.
59. Gulmezoglu, A. « Interventions for trichomoniasis in pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, 2002, CD000220.
60. Klebanoff, M.A., J.C. Carey, J.C. Hauth et coll. « Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic *Trichomonas vaginalis* infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 345, 2001, p. 487-493.
61. Reid, G., D. Charbonneau, J. Erb et coll. « Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women », *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, vol. 35, 2003, p. 131-134.
62. Pirota, M., J. Gunn, P. Chondros et coll. « Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial », *British Medical Journal*, vol. 329, 2004, p. 548.
63. Parent, D., M. Bossens, D. Bayot et coll. « Therapy of bacterial vaginosis using exogenously applied *Lactobacilli acidophili* and a low dose of estriol: a placebo-controlled multicentric clinical trial », *Arzneimittelforschung*, vol. 46, 1996, p. 68-73.
64. Ozkinay, E., M.C. Terek, M. Yayci et coll. « The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, 2005, p. 234-240.