

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

Vulvo-vaginites de l'enfant prépubère

C. DUFLOS-COHADE *
(Paris)

Les vulvites et les vulvo-vaginites sont les motifs les plus fréquents de consultation en gynécologie pédiatrique.

La clinique est essentielle et permet le diagnostic sans examens complémentaires dans l'immense majorité des cas.

À l'inverse de la femme adulte, dans l'enfance ce sont les vulvites qui sont le point de départ, se compliquant rarement de vaginites.

Durant l'enfance tout prédispose la fillette à présenter une vulvite [7] :

- Des particularités anatomiques : absence des petites lèvres et de la pilosité qui ne protègent pas le vestibule, proximité de l'anus permettant la contamination par les germes périnéaux, hymen dont l'orifice parfois large favorise les mictions vaginales et n'offre pas d'obstacle aux germes avoisinants.
- Des caractéristiques physiologiques : fragilité de la muqueuse vulvaire non œstrogénisée, pH alcalin, absence de bacille de Döderlein, ce qui diminue les moyens de défense et constitue un excellent environnement pour la multiplication des germes.

* Unité de Gynécologie pédiatrique – Hôpital Necker-Enfants Malades – 149 rue de Sèvres
75743 PARIS Cedex 15

- Le manque d'hygiène, plus fréquent lorsque la fillette entre 3 et 5 ans devient autonome pour sa toilette (âge de prédilection des vulvites), ou plus souvent hygiène inappropriée : toilette à la lingette, au gant, à l'eau sans savon, bains moussants, ou encore hygiène défectueuse de la petite fille obèse.

LES GERMES RESPONSABLES

Diverses études ont comparé la flore vaginale d'enfants présentant une vulvite et d'enfants asymptomatiques [4].

Bien qu'imparfaites, certaines ne concernant qu'un petit nombre d'enfants, d'autres ne distinguant pas les enfants prépubères de celles ayant débuté leur puberté, elles rapportent que les cultures reviennent positives pour des germes aérobies et pour des germes anaérobies que les enfants soient malades ou non, avec le même spectre de germes mais plus large pour les enfants atteintes [2].

Le germe le plus souvent retrouvé est le streptocoque β hémolytique du groupe A devançant l'*haemophilus influenzae*, moins souvent incriminé depuis la vaccination plus courante [9]. La contamination dans les deux cas est d'origine respiratoire ou cutanée par portage.

Mais *haemophilus influenzae*, de même que le streptocoque, le staphylocoque doré, *escherichia coli* et d'autres germes peuvent appartenir à la flore vulvaire ou vaginale d'une enfant asymptomatique.

Dans une étude faisant référence, et portant sur 67 enfants prépubères (36 cas et 31 contrôles), Gerstner retrouve chez les fillettes saines 77 % des cultures positives pour les germes aérobies, 65 % pour les anaérobies, 45 % pour les deux [3].

Dans les études concernant les enfants prépubères aucune culture positive pour le *candida albicans* n'est retrouvée [1], cette infection en dehors de cas particulier (diabète, immunosuppression) ne concerne pas l'enfant avant la puberté. En effet l'hypo-œstrogénie favorise le développement de la flore anaérobie, ce qui inhibe le développement du *candida albicans*.

L'application de crèmes antifongiques devant une irritation vulvaire chez l'enfant n'a donc pas lieu d'être.

La flore vaginale normale est donc très variée, insuffisamment étudiée chez l'enfant prépubère, ceci ne permet pas de décider si telle

bactérie retrouvée sur un prélèvement appartient à la flore normale ou est à l'origine des symptômes présentés par l'enfant [5].

En pratique donc, le recours systématique à des prélèvements vulvaires ne présente que peu d'intérêt.

Le prélèvement fait en laboratoire avec un coton sec est douloureux, et traumatisant pour l'enfant. Il ne va pas désigner avec certitude le germe responsable et ne sera d'aucune aide pour décider du traitement.

Dans les situations les plus courantes, le prélèvement vulvaire ne doit pas être prescrit.

Lorsqu'un enfant vient en consultation munie de plusieurs résultats successifs de prélèvements vulvaires précédemment prescrits, il est habituel que le germe isolé ne soit pas le même à chaque fois, prouvant une fois encore l'inutilité de ces examens dans une situation de vulvite simple.

Le prélèvement est essentiellement indiqué dans un contexte de suspicion d'abus sexuel.

La découverte des trois germes suivants : *chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrhoeae* ou *trichomonas* doit alerter et faire suspecter un abus sexuel avec les conséquences qui en découlent. Leur présence est un argument de valeur médico-légale.

En dehors de cette situation, un prélèvement peut se révéler utile en cas de pertes vaginales profuses (situation assez rare), issues par l'orifice hyménéal, afin de choisir l'antibiotique le plus adapté par voie orale.

CLINIQUE

Les symptômes sont des brûlures, des douleurs vulvaires, une dysurie sans pollakiurie dont l'intensité inquiète les parents.

L'existence d'un prurit vulvaire est à rechercher, de localisation anale et nocturne il évoque une oxyurose.

Plusieurs consultations ont eu lieu, malheureusement trop souvent des prélèvements, et l'application de diverses crèmes sans effet.

Le linge de l'enfant peut être souillé par des pertes dont la couleur varie du brun au vert mais qui ne sont pas malodorantes.

Lors de l'interrogatoire, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de sang souillant les pertes. En effet, dans cette situation, il est nécessaire

de préciser l'origine vulvaire ou vaginale du saignement, une origine vaginale imposant l'examen du vagin.

En général, la simple observation des organes génitaux, parfois complétée par le toucher rectal constitue l'essentiel de l'examen gynécologique de l'enfant.

La coopération de l'enfant, rassurée par l'absence d'instrumentation, la délicatesse et la douceur du médecin, vont permettre d'établir le diagnostic, dès la simple inspection.

L'enfant est allongée sur le dos, jambes écartées, talons contre les fesses, en position de la « grenouille ».

La visualisation complète de la région vulvaire est facilitée en saisissant les grandes lèvres dans leur épaisseur et en les attirant délicatement vers soi, ou bien en posant ses pouces à la base des grandes lèvres et en imprimant une pression douce en bas et en dehors, sans tirer sur la fourchette vulvaire.

Un bilan des lésions peut être établi.

On note l'état cutané de la vulve, l'intensité des lésions érythémateuses sur les grandes lèvres, le périnée et la marge anale.

Une dermatose périnéale intense, avec érythème à limite nette à point de départ péri-anal s'étendant ensuite à la vulve évoque une lésion d'origine streptococcique. La présence de smegma (sécrétions blanchâtres dans les sillons interlabiaux) est physiologique mais témoin d'une hygiène défectueuse.

L'aspect rouge carmin de la face interne des petites lèvres est accentué.

Au fond du vestibule vulvaire, l'aspect de l'hymen peut être précisé, classiquement d'un diamètre de 4 à 5 mm jusqu'à 5 ans, il reste inférieur à 1 cm jusqu'à la puberté.

Chez les fillettes sujettes aux vulvites à répétition, on observe souvent un orifice hyménéal béant ne faisant pas barrière aux germes périnéaux, et permettant les mictions vaginales.

À la différence d'un hymen abusé, cet hymen large ne présente pas d'encoche ni de déchirure, et peut être suivi sur toute sa circonférence.

Lors de l'examen tel qu'il a été décrit, l'ouverture de l'orifice hyménéal peut nécessiter quelques secondes, après ce délai le tiers inférieur du vagin devient accessible à la vue.

Le plus souvent ceci permet de constater l'intégrité du vagin. L'absence de pertes vaginales peut également être confirmée, en

faisant tousser l'enfant, ou bien en ne ramenant aucune perte vaginale lors d'un TR.

À la fin de l'examen, la marge anale est dépliée à la recherche d'une oxyurose.

À l'issue de cet examen, le diagnostic d'une vulvite simple est le plus souvent posé, ne nécessitant le recours à aucun examen complémentaire type prélèvement vulvaire ou vaginoscopie.

Dans quelle situation un prélèvement reste indiqué

- Devant la présence de pertes vaginales profuses issues par l'orifice hyménéal (ce qui est rarement le cas). Un prélèvement réalisé sur les leucorrhées ramenées soit en faisant tousser l'enfant soit par un toucher rectal permet d'identifier le germe prédominant et de choisir le traitement par voie générale le plus adapté.
- En cas de suspicion d'abus sexuel, la recherche de germes vénériens est essentielle et constitue une preuve irréfutable.

Cas particulier du corps étranger intravaginal

Il doit être suspecté dès l'interrogatoire, devant l'existence de pertes vaginales abondantes souvent striées de sang et dont le caractère malodorant est caractéristique et doit évoquer le diagnostic.

Si une antibiothérapie par voie générale a été précédemment prescrite, les écoulements cessent et reprennent dès l'arrêt du traitement.

La mise en évidence du corps étranger peut se faire dès l'examen clinique sans l'aide d'une échographie dont la prescription est inutile.

Les corps étrangers type papiers, coton, sont visualisés dans le tiers inférieur du vagin, derrière le rebord hyménéal, et peuvent en être extraits délicatement à la pince.

Les objets type jouets, bille, crayon, vont migrer dans le vagin et deviennent rapidement inaccessibles à la vue, le toucher rectal, pratiqué avec l'auriculaire si l'enfant est petite, retrouve une masse dure dans le fond vaginal et fait le diagnostic.

La vaginoscopie lors de la consultation n'est d'aucune aide car elle repousse plus profondément l'objet souvent en place depuis plusieurs semaines, incrusté dans la muqueuse vaginale, et dont l'extraction sans anesthésie se révélerait trop douloureuse.

La confirmation par le toucher rectal d'un corps étranger intravaginal à l'origine de la vaginite indique une vaginoscopie sous anesthésie générale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA VULVITE DE L'ENFANT PRÉPUBÈRE

Le lichen scléreux vulvaire

Il peut être évoqué dès l'interrogatoire devant l'existence d'un prurit intense. L'aspect clinique de la vulve est également caractéristique.

Les lèvres ont un aspect blanc nacré, souvent fissuré.

Les lésions peuvent atteindre le périnée et la marge anale.

Des petites hémorragies sous-épithéliales, témoins de lésions de grattage, parsèment les grandes et les petites lèvres, et peuvent en imposer pour des traumatismes locaux et orienter à tort vers une suspicion d'abus sexuel.

Le diagnostic est souvent porté avec retard, et les lésions constatées importantes.

Le traitement repose sur une corticothérapie locale de longue durée, les récives ne sont pas rares, la prise en charge dans un milieu spécialisé est donc conseillée.

Les vulvo-vaginites postpubertaires

Lors de l'examen initial il est essentiel de confirmer que l'enfant examinée est prépubère.

La vulve est infantile sans trace de stimulation œstrogénique, en cas de doute l'absence de développement mammaire peut aider à le confirmer.

En effet dès les premiers signes pubertaires, la vulve se modifie, et chez certaines filles *les leucorrhées physiologiques* peuvent être très importantes, parfois gênantes par leur abondance, motivant une consultation [8].

Seules des toilettes locales biquotidiennes, le port de pantalons moins serrés, et surtout la réassurance de la normalité du phénomène

vont permettre de régler le problème, en effet avec la poursuite du développement pubertaire, les pertes physiologiques vont diminuer.

Aucun examen type prélèvement n'est nécessaire, après s'être assuré que l'adolescente n'est pas sexuellement active.

En dehors de toute activité sexuelle, la vaginite qu'une adolescente peut présenter est *une infection à candida albicans* dont le développement est rendu possible par l'augmentation des œstrogènes locaux.

Les symptômes sont dominés par le prurit, et les leucorrhées épaisses et blanchâtres.

Le traitement ne diffère pas de celui de l'adulte, la plupart des jeunes filles pouvant admettre des ovules de petite taille.

TRAITEMENT DES VULVO-VAGINITES DE L'ENFANT PRÉPUBÈRE

Une vulvite simple doit céder à une toilette vulvaire correctement faite.

Toute la difficulté est de le faire comprendre aux parents sans laisser entendre qu'ils ne s'occupent pas correctement de leurs enfants [6].

La toilette doit se faire à main nue, avec du savon, suivie d'un rinçage efficace, puis d'un séchage correct, deux fois par jour éventuellement.

Hormis le savon de Marseille, on peut conseiller des savons neutres ou légèrement acides.

L'enfant qui a été irritée n'est pas toujours coopérante, il est donc souhaitable de la prendre à part pour lui expliquer la nécessité de cette hygiène rigoureuse.

Les recommandations d'usage concernant l'essuyage après chaque miction et après les selles d'avant en arrière sont utiles à rappeler.

En cas d'irritation importante l'application locale d'une crème antibiotique après la toilette peut accélérer la guérison (Fucidine®).

L'utilisation de traitements intravaginaux à cet âge n'est pas conseillée car d'utilisation trop délicate.

Il est essentiel de prévenir les parents de la fréquence des récives au moindre relâchement de l'hygiène locale.

Ces récurrences doivent avoir la même prise en charge que l'épisode initial.

Une amélioration spontanée est constatée vers l'âge de 9-10 ans, à l'approche des premiers signes pubertaires, et des modifications hormonales locales, et à un âge où l'enfant est plus à même de prendre en charge seule sa toilette.

Un traitement antiparasitaire (Fluvermal®) est prescrit dès le premier épisode de vulvite pour ne pas méconnaître une oxyurose associée.

En cas de vaginite associée un traitement antibiotique est souhaitable.

On choisit un antibiotique à large spectre pour une durée de 8 jours, ou on se laisse guider par l'antibiogramme réalisé sur le germe prédominant sur le prélèvement.

Dans un contexte d'abus sexuel, hormis le traitement du germe responsable, la prise en charge médico-légale s'impose.

Résumé

En pratique de gynécologie pédiatrique la vulvite est le motif de consultation le plus fréquent.

Son évolution vers la vaginite est rare.

Des particularités anatomiques et physiologiques expliquent la fréquence du phénomène chez l'enfant.

La fillette se plaint de brûlures vulvaires, de dysurie, deux signes sont importants à rechercher : l'existence d'un prurit intense ou la présence de sang qui peuvent orienter vers un autre diagnostic que celui d'une simple vulvite.

Un examen clinique attentif suffit le plus souvent au diagnostic.

Les prélèvements vulvaires ne sont pas utiles, reflétant le plus souvent la flore péri-néale.

Le prélèvement garde toute sa place dans un contexte d'abus sexuel à la recherche d'un germe vénérien.

Un corps étranger intravaginal provoque une vaginite avec des pertes malodorantes, l'examen clinique seul en fait le diagnostic et indique une vaginoscopie.

Le traitement de la vulvite repose sur une toilette rigoureuse, en effet le manque d'hygiène ou une hygiène inappropriée sont le plus souvent responsables.

Le recours à une antibiothérapie par voie orale se justifie en cas de vaginite.

Bibliographie

1. Banerjee K, Curtis E, San Lazaro C, Graham JC. Low prevalence of prevalence andidiasis in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23: 696-698.
2. Cuadros J, Mason A, Martinez R. The etiology of pediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 105-107.
3. Gerstner G J, Grunberger W, Boschtsch E, Rotter M. Vaginal organisms in prepubertal children with and without vulvovaginitis. *Arch Gynecol* 1982; 231: 247-252.
4. Hammerschlag M, Alpert S, Rosner I, Thurston P, Semine D, McComb D, McCormack W. Microbiology of the vagina in children: normal and potentially pathogenic organisms. *Pediatrics* 1978; 62: 57-62.
5. Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, etiology, and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child* 1999; 81: 64-67.
6. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ* 2005; 330: 186-188.
7. Kokotos F. Vulvovaginitis. *Pediatr Rev* 2006; 27: 116-117.
8. Merkley K. Vulvovaginitis and vaginal discharge in the pediatric patient. *J Emerg Nurs* 2005; 31: 400-402.
9. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003; 88: 324-32