

LE DOSSIER

Pathologies génitales

Psoriasis et vulvites candidosiques

RÉSUMÉ : La problématique des vulvites érythémateuses prurigineuses récidivantes ou chroniques est très fréquente en pathologie vulvaire. Nous ne discuterons dans cet article que les candidoses et le psoriasis, et pas les dermites de contact ni le lichen plan érosif.

Une *check-list* précise lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique permet une orientation diagnostique très avancée, le diagnostic final étant toujours confirmé par un prélèvement mycobactériologique vulvaire et vaginal.

Le traitement des candidoses récidivantes ou chroniques repose essentiellement sur le fluconazole *per os*. Le traitement de première intention du psoriasis génital est l'application de corticoïdes topiques avec ou sans dérivé de vitamine D.



→ C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred-Fournier, PARIS.

Candidoses

1. Épidémiologie

Les candidoses génitales féminines sont habituellement considérées comme vaginales alors que l'atteinte vulvaire représente souvent l'essentiel de la symptomatologie (85 % des cas) [1] et nécessite un traitement spécifique. Les lésions vulvaires, parfois extensives et atypiques, font discuter l'existence de dermatoses vulvaires prurigineuses. Cependant, par argument de fréquence, les candidoses représentent la première cause d'érythème vulvaire prurigineux. Une femme sur deux aura plusieurs épisodes et 10 à 20 % des récidives fréquentes appelées candidoses vulvo-vaginales récidivantes (CVVR), c'est-à-dire plus de quatre crises par an.

La levure *Candida albicans* est retrouvée dans 85 à 90 % des cas. *Candida tropicalis*, *pseudotropicalis*, *krusei*, *glabrata*... sont plus rares mais souvent plus

difficiles à traiter. Les facteurs favorisants sont résumés dans le **tableau I** [2].

OUI	NON
Antibiotiques	String
Corticoïdes	Protège-slip
Traitement hormonal de la ménopause	Menstruations
Douches vaginales	Partenaire
Rapports sexuels	
Stress	

TABLEAU I : Facteurs favorisant les candidoses.

2. Diagnostic

Les symptômes d'appel les plus prédictifs de candidose aiguë sont l'association d'une sensation de brûlure vaginale (score d'au moins 6/10) et de prurit vulvaire (score d'au moins 5/10) intenses [3].

Au cours des candidoses récidivantes, le fond prurigineux toujours présent peut être dominé par les sensations de brûlures, voire des douleurs liées à l'existence de fissures vulvaires. Les leucorrhées blanches, caillebotées typiques peuvent disparaître. L'érythème vulvaire est recouvert de pustulettes superficielles blanchâtres, visibles le plus souvent en périphérie des lésions sous la forme de collerettes desquamatives typiques (**fig. 1**). Les placards vulvaires érythémateux sont mal limités et présentent un renforcement postérieur (**fig. 2**). L'œdème vulvaire fréquent au cours des candidoses aiguës est plus rare.



FIG. 1: Candidose récidivante : érythème parsemé de petites pustules excoriées.



FIG. 2: Candidose récidivante : renforcement postérieur.

Beaucoup de femmes ont des symptômes chroniques de vulvo-vaginites non spécifiques non érosives. Les arguments en faveur d'une candidose chronique sont présentés dans le **tableau II** (au moins cinq critères) [4].

L'examen mycologique reste indispensable, confirmant le rôle pathogène du *Candida* par la présence de pseudo-filaments à l'examen direct. La culture identifie l'espèce responsable. Le prélèvement vulvaire complète très utilement le prélèvement vaginal. La concordance des prélèvements vaginaux et vulvaires a été démontrée [5]. 9 % des patientes avec prélèvements vaginaux négatifs ont eu des prélèvements vulvaires positifs.

3. Thérapeutique

Le traitement de la vulvite doit être associé à celui de la vaginite (ovule) par l'application d'un antifongique local sous forme de crème, émulsion ou lotion pendant 7 à 10 jours. Dans les formes sévères, le traitement *per os* représente une alternative intéressante à la posologie de deux prises de 150 mg de fluconazole à 3 jours d'intervalle. Dans les formes récidivantes, le traitement préventif peut être local ou général. Ainsi, un ovule par mois peut être prescrit pendant plusieurs mois.

Irritation
Dyspareunie
Prélèvement vaginal positif soit lors de la consultation, soit antérieurement
Amélioration par des traitements antifongiques antérieurs
Exacerbation par les antibiotiques
Caractère cyclique
Œdème
Pertes vaginales

TABLEAU II: Critères diagnostiques en faveur d'une candidose chronique (au moins cinq critères).

Le fluconazole *per os* est prescrit à la posologie de 150 mg/semaine. Prescrit pendant 6 mois, ce traitement a prouvé son efficacité vs placebo durant le traitement (RR: 0,10) et 6 mois après l'arrêt du traitement (RR: 0,39) [6]. Un second protocole à la dose de 200 mg par prise a été publié: trois prises la première semaine puis une prise par semaine pendant 2 mois, puis une prise toutes les 2 semaines pendant 4 mois, puis une prise par mois pendant 6 mois. L'efficacité a été de 90 % à 6 mois et 77 % à 1 an [7]. Quelques cas de résistance de *C. albicans* commencent à apparaître [8].

Psoriasis

1. Épidémiologie

L'atteinte vulvaire du psoriasis est sous-estimée, et les poussées de prurit qu'elle entraîne sont souvent confondues avec des poussées de candidoses. 29 à 40 % des patients atteints de psoriasis déclarent avoir une localisation génitale. Celle-ci est encore plus fréquente en cas de psoriasis des plis [9]. Dans une étude colligeant tous les cas de vulvites érythémateuses chroniques non infectieuses sans atteinte vaginale, le psoriasis a représenté 12,3 %

LE DOSSIER

Pathologies génitales



FIG. 3 : Psoriasis des convexités.



FIG. 4 : Psoriasis des plis.



FIG. 5 : Psoriasis péréal.

des cas, avec la découverte d'un psoriasis extragénital dans 65 % des cas et une durée moyenne des symptômes de 4,5 ans [10]. L'âge moyen de début est de 38 ans chez l'adulte, mais le psoriasis vulvaire est également fréquent chez l'enfant (troisième cause de vulvite après la dermatite atopique et le lichen scléreux). L'atteinte génitale précède l'apparition des plaques cutanées dans près de 20 % des cas.

Le maître symptôme est le prurit, souvent très intense. La dyspareunie est également très souvent présente, le psoriasis génital ayant un impact majeur sur la qualité des rapports sexuels et la qualité de vie en général [11].

2. Diagnostic

Le diagnostic clinique n'est pas toujours facile car l'occlusion modifie l'aspect des plaques qui ne sont plus érythémato-squameuses comme sur le reste du corps, mais uniquement rouge vif, brillantes. Ce sont alors l'aspect uniforme, la symétrie et la parfaite limitation des plaques qui aident au diagnostic (**tableau III**). On distingue la forme des convexités (pubis, grandes lèvres) (**fig. 3**) et l'atteinte des plis (génito-cruraux, interfessiers...) (**fig. 4**). Deux topographies assez typiques aident au diagnostic : le pubis avec une fissure sus-clitoridienne douloureuse et le pli interfessier avec fissure typique du fond du pli (**fig. 5**).

Critères	Candidose	Psoriasis
Pertes blanches	+	–
Érythème vestibulaire	+ Atteinte interne (petites lèvres)	– Atteinte externe (grandes lèvres)
Atteinte vaginale	+	–
Topographie	Postérieure	Antérieure
Répartition	Bilatéral et symétrique	Parfois asymétrique
Bords de la vulvite	• Mal limités • Décollement périphérique	Bien limités
Pustulettes excoriées sur la vulvite	+	– Parfois squames blanches
Fissures	Latérales (espaces interlabiaux)	Sus-clitoridienne, pli interfessier
Lésions satellites	Pustules	Plaques érythémateuses sèches (rares)
Atteinte péréale	Peu fréquente, macérée	Fréquente, érythème bien limité centré par fissure
Œdème vulvaire	+	–

TABLEAU III : Critères cliniques diagnostiques candidose/psoriasis.

Les fissures peuvent également siéger sur le périnée ou la commissure postérieure et provoquer des dyspareunies. Le psoriasis ne provoque ni atrophie ni cicatrice. En raison du phénomène de Koebner, le psoriasis génital peut être aggravé par les urines, les selles, les vêtements serrés et les relations sexuelles. Des cas de psoriasis pustuleux vulvaires ont été décrits.

D'autres localisations du psoriasis doivent être recherchées. Ce sont les

atteintes typiques des coudes et des genoux, mais surtout l'atteinte du cuir chevelu ou des autres plis (sous-mammaires, axillaires, etc.).

Le diagnostic de psoriasis peut être uniquement clinique ; cependant, nous recommandons la recherche systématique d'une candidose avant de débuter un traitement corticoïde local. Dans les formes atypiques, la biopsie cutanée vulvaire confirme le diagnostic comme sur le reste de la peau.

3. Thérapeutique

Le traitement de première intention repose sur les corticoïdes locaux. Leur puissance ne fait pas l'objet d'un consensus : de courtes cures d'un corticoïde puissant suivies d'applications intermittentes et prolongées de corticoïdes modérés à légers semblent très efficaces. Il est possible d'adjoindre des dérivés de la vitamine D. Le calcitriol semble plus efficace et mieux toléré que le calcipotriol pour l'atteinte des plis [12]. Des préparations à base de dérivés de goudron peuvent être utiles dans le traitement d'entretien, en association avec les corticoïdes pour diminuer leur possible irritation. Le tacrolimus topique a fait l'objet d'études randomisées dans le psoriasis génital et des plis en raison de son absence d'induction d'atrophie cutanée et a démontré son efficacité [13]. L'adjonction d'émollients est utile afin

de limiter le phénomène de Koebner et d'améliorer la sécheresse cutanée.

Bibliographie

1. BELAISCH J. Evaluation of the time response of a single dose administration of fenticonazole nitrate. *Contracept Fertil Sex*, 1996;24:417-422.
2. LISBOA C *et al.* Genital candidosis in heterosexual couples. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2011;25:145-151.
3. HOFFSTETTER SE *et al.* Telephone triage: diagnosis of candidiasis based upon self-reported vulvovaginal symptoms. *J Low Genit Tract Dis*, 2012;16:251-255.
4. HONG E *et al.* Vulvovaginal candidiasis as a chronic disease: diagnostic criteria and definition. *J Low Genit Tract Dis*, 2014;18:31-38.
5. RODGERS CA *et al.* An audit of isolation rates of *Candida* species from vulval and vaginal sampling. *Int J STD AIDS*, 2000;11:825-826.
6. ROSA MI *et al.* Weekly fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013;167:132-136.
7. DONDEERS G *et al.* Individualized decreasing-dose maintenance fluconazole regimen for recurrent vulvovaginal candidiasis (ReCiDiF trial). *Am J Obstet Gynecol*, 2008;199:613.e1-e9.
8. MARCHAIME D *et al.* Fluconazole-resistant *Candida albicans* vulvovaginitis. *Obstet Gynecol*, 2012;120:1407-1414.
9. MEEUWIS KA *et al.* Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*, 2011;91:5-11.
10. KAPILA S *et al.* Vulvar psoriasis in adults and children: a clinical audit of 194 cases and review of the literature. *J Low Genit Tract Dis*, 2012;16:364-371.
11. MEEUWIS KA *et al.* Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2011;164:1247-1255.
12. ORTONNE JP *et al.* Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 3 microg g(-1) ointment and calcipotriol 50 microg g(-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol*, 2003;148:326-333.
13. WANG C, LIN A. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis. *J Cutan Med Surg*, 2014;18:8-14.

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