

La pathologie vulvaire

K. Zouhair,¹ T. El Ouazzani,¹ K. El Omari,¹ S. El Fajri¹ et H. Lakhdar¹

الاعتلالات المهبلية

كوثر زهير، طام الوزاني، خديجة العمري، سميرة الفجري، حكيمة الأخضر

الخلاصة: أجريت دراسة استيعادية لتقييم الأسباب الرئيسية للاعتلالات الجلدية المهبلية، وشملت الدراسة 785 مريضة من المصابات بمرض مهبلي ممن راجعن مستشفى مركز ابن رشد الطبي في الدار البيضاء في الفترة بين كانون الثاني/يناير 1991 و كانون الأول/ديسمبر 2002. وكان متوسط أعمارهن 31 عاماً، متراوحاً بين شهرين و 81 عاماً، وكان 362 منهن (41.52%) يشتكين من حكة فرجية، و 273 منهن (34.77%) لديهن تآليل، و 157 منهن (20%) لديهن قرحة أو أكثر في الفرج. وقد كان أكثر مسببات العدوى شيوعاً هو الفيروس الحلبي الذي اكتشف في 273 حالة (34.77%)، يتلوه المبيضات البيضاء التي لوحظت لدى 102 حالة (12.99%) والقربح الذي اكتشف في 18 حالة (2.29%)، والهربس التناسلي الذي لوحظ في 17 حالة (2.16%). أما أكثر المسببات غير العدوائية شيوعاً فكانت الاعتلالات الجلدية المهبلية التي لوحظت في 259 حالة (32.99%)، والحكة الفرجية مجهولة السبب التي لوحظت في 61 حالة (7.7%) إلى جانب 45 حالة مرتبطة بالأورام (5.6%). وقد كان تؤثر حالات العدوى يزيد على 50% وهي بحملها عدوى منقولة جنسياً.

RESUME Une étude rétrospective a été entreprise afin d'évaluer les principales étiologies des dermatoses vulvaires. De janvier 1991 à décembre 2002, 785 patientes présentant une pathologie vulvaire ont été colligées au Centre hospitalier Ibn Rochd de Casablanca. La moyenne d'âge était de 31 ans (extrêmes : 2 mois - 81 ans) ; 362 patientes (41,52 %) avaient consulté pour un prurit vulvaire, 273 patientes (34,77 %) pour des végétations et 157 patientes (20 %) pour une ou des ulcérations vulvaires. La pathologie infectieuse était dominée par l'infection à papillomavirus notée dans 273 cas (34,77 %), suivie par les vulvo-vaginites candidosiques dans 102 cas (12,99 %), le chancre syphilitique dans 18 cas (2,29 %), l'herpès génital dans 17 cas (2,16 %). La pathologie non infectieuse était dominée par les dermatoses à localisation vulvaire : 259 cas (32,99 %) ; le prurit vulvaire idiopathique : 61 cas (7,7 %) ; et la pathologie tumorale ; 45 cas (5,6 %). La fréquence des pathologies infectieuses des patients dépassait plus de 50 % des cas dont la transmission sexuelle est la règle.

Vulvar pathology

ABSTRACT We evaluated the main causes of vulvar dermatoses; in 785 patients with a vulvar diseases who visited Ibn Rochd Hospital Centre, Casablanca between January 1991 and December 2002. The average age was 31 years (range 2 months to 81 years); 362 patients (41.52%) had vulvar pruritus, 273 patients (34.77%) had warts and 157 (20%) had one or more vulva ulcers. The most common infectious pathology was papillomavirus infection, found in 273 cases (34.77%), followed by vulvovaginal candidiasis in 102 cases (12.99 %), syphilitic chancre in 18 cases (2.29%) and herpes genitalis in 17 cases (2.16%). The most common non-infectious pathology was vulvar dermatosis: 259 cases (32.99%); idiopathic pruritus vulvae: 61 cases (7.7%); and tumour-related conditions: 45 cases (5.6%). The frequency of infectious conditions was over 50% and these were generally sexually transmitted infections.

¹Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Ibn Rochd, Casablanca (Maroc).

Introduction

La région vulvaire est un territoire carrefour entre l'appareil urinaire, digestif et génital. Sa pathologie comprend les dermatoses à localisation vulvaire, la pathologie infectieuse, la pathologie tumorale et enfin les malformations. Une meilleure connaissance de ces affections nécessite une collaboration entre les différentes spécialités.

L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de l'atteinte vulvaire en recrutement dermatologique, les principaux signes cliniques et les principales étiologies rencontrées en dermatologie.

Méthodes

Une étude rétrospective a été menée de janvier 1991 à décembre 2002 au Service de Dermatologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Ibn Rochd de Casablanca. Le recrutement des patientes s'est fait parmi les consultantes du Centre de diagnostic et les hospitalisées. Pour chaque patiente, nous avons relevé l'âge, les antécédents pathologiques, en particulier vénériens, gynéco-obstétricaux et néoplasiques, le motif de consultation, les signes fonctionnels éventuels et leur durée d'évolution, les données de l'examen physique notamment cutanéomuqueux, gynécologique et général, les résultats du bilan biologique (prélèvements bactériologiques, sérologies), histologique, le diagnostic retenu et le traitement instauré.

Résultats

Sur les 84 000 sujets qui ont été recrutés dans le service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, 785 patientes avaient une pathologie vulvaire (soit 0,93 %). L'âge des patientes étudiées va-

riaient de 2 mois à 81 ans avec une moyenne de 31 ans. Le motif de consultation était le prurit vulvaire dans 362 cas (41,52 %), les végétations dans 273 cas (34,77 %) et les ulcérations dans 157 cas (20 %). Les étiologies se répartissaient en causes infectieuses dans 53,5 % des cas et non infectieuses dans 46,5 % des cas (Tableau 1).

Les causes infectieuses étaient dominées par l'infection à papillomavirus 34,77 % et les vulvo-vaginites candidosiques 12,9 % (Tableau 2).

- Concernant l'infection à papillomavirus, l'âge des patientes variait de 14 à 67 ans avec une moyenne de 25 ans. Le délai d'évolution variait d'une semaine

Tableau 1 Etiologies

	Nbre	%
Pathologie infectieuse	420	53,50
Pathologie non infectieuse	365	46,50
Dermatoses à localisation vulvaire	259	32,99
Prurit vulvaire idiopathique	61	7,70
Tumeurs bénignes et malignes	45	5,60

Tableau 2 Etiologies infectieuses

	Nbre	%
Infection HPV	273	34,77
Vulvo-vaginite candidosique	102	12,99
Chancre syphilitique	18	2,29
Herpès génital	17	2,16
Syphilides	5	0,63
Chancre tuberculeux	2	0,25
Lymphogranulome vénérien	2	0,25
Donovanose	1	0,12

à 5 ans avec une moyenne de 8 mois. Le nombre et le siège des lésions étaient variables. L'association à une grossesse a été constatée dans 16 cas et à une syphilis sérologique dans 13 cas. Une infection rétrovirale a été notée dans 2 cas. Le traitement était basé essentiellement sur l'électrocoagulation. Les autres thérapeutiques prescrites étaient la podophylline, l'azote liquide et l'acide trichloracétique (Figure 1).

- La vulvo-vaginite candidosique a été constatée chez 102 patientes (12,99 %) dont l'âge variait de 10 à 68 ans. Le prurit était présent dans tous les cas. Un



Figure 1 Végétations vénériennes



Figure 2 Chancre syphilitique

diabète a été découvert dans 5 cas et une prise d'antibiotiques a été retrouvée dans 5 autres cas.

- Les lésions génitales d'origine syphilitique ont été retrouvées chez 23 patientes dont l'âge variait de 18 à 25 ans (chancre syphilitique : 18 cas ; syphilides de la syphilis secondaire : 5 cas). Un traitement reposant sur la benzathine-benzylpénicilline (extencilline) a été instauré (Figures 2, 3).
- L'herpès génital a été diagnostiqué chez 17 patientes dont l'âge variait de 16 à 65 ans. Le délai d'évolution allait de 5 jours à 5 ans. La douleur et les lésions érosives étaient présentes chez toutes les patientes. Une syphilis était associée dans 1 cas. Un traitement à base d'aciclovir a été instauré. Les récurrences étaient la règle (Figure 4).
- Les autres infections à localisation vulvaire étaient plus rares comme le chan-



Figure 3 Lésions de syphilides



Figure 4 Herpès génital chez une patiente VIH+

cre tuberculeux (2 cas), le lymphogranulome vénérien (2 cas) et la donovanose (1 cas) (Photo 5).

La pathologie non infectieuse était dominée par les dermatoses à localisation vulvaire, la pathologie tumorale et le prurit vulvaire idiopathique (Tableau 1).

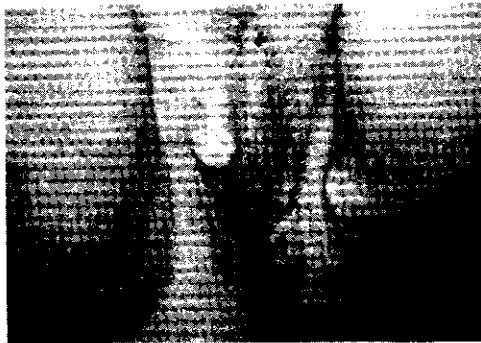


Figure 5 Donovanose

- Parmi les dermatoses à localisation vulvaire (Tableau 3), l'aphtose génitale était présente dans 141 cas (17,96 %). Elle était reliée à une aphtose bipolaire dans 69 cas, à une maladie de Behçet dans 67 cas, et était isolée dans 10 cas. L'âge variait de 13 à 54 ans avec une moyenne de 31 ans. Une aphtose génitale géante a été retrouvée dans 12 cas. Le traitement reposait essentiellement sur la colchicine. Les autres traitements étaient la disulone et la thalidomide.
- Le lichen scléro-atrophique a été retrouvé chez 45 patientes. La moyenne d'âge était de 43 ans avec des extrêmes de 2,5 à 81 ans. Le délai moyen de consultation était de 36 mois. Le prurit vulvaire était constant. Le traitement était basé sur les dermocorticoïdes essentiellement et la vitamine A topique accessoirement.
- Parmi les bulloses auto-immunes, le pemphigus vulgaire était retrouvé dans 10 cas suivi par le pemphigus végétant (4 cas), la pemphigoïde bulleuse (3 cas) et la pemphigoïde gestationnelle (1 cas).
- Dans le cadre des toxidermies, l'atteinte vulvaire a été constatée dans 5 cas

Tableau 3 Dermatoses à localisation vulvaire

	Nbre	%
Aphtose	141	17,96
Lichen scléro-atrophique	44	5,60
Bulloses auto-immunes	18	2,29
Toxidermies	15	1,91
Vitiligo	15	1,40
Lichen érosif	11	1,01
Psoriasis	8	1,91
Génodermatoses	6	0,76
Maladie de Crohn	1	0,12

d'érythème polymorphe, 5 cas de syndrome de Lyell, 4 cas de syndrome de Stevens-Johnson et un cas d'érythème pigmenté fixe.

- Les autres dermatoses vulvaires étaient représentées par le vitiligo (15 cas), le lichen érosif (11 cas) et le psoriasis (8 cas). Concernant les génodermatoses, nous avons eu 2 cas de pemphigus bénin familial, un cas d'incontinentia pigmenti, un cas d'érythrodermie ichtyosiforme sèche et un cas de maladie de Cowden. La maladie de Crohn avec localisation vulvaire a été notée dans 1 cas.

Les différentes malformations, kystes et tumeurs sont représentées au Tableau 4.

- Parmi les lésions précancéreuses, 18 patientes avaient une leucoplasie vulvaire et parmi les lésions malignes, nous avons colligé 9 cas de carcinome épidermoïde, 2 cas de maladie de Paget vulvaire, 1 cas de métastase cutanée d'un adénocarcinome colique, 1 cas de maladie de Bowen et 1 cas de maladie de Kahler. L'âge des patientes variait de 34 à 62 ans avec une moyenne de 49 ans. Le délai moyen de consultation était de 18 mois avec des extrêmes de 3 mois à 6 ans. Le traitement était basé sur la chirurgie seule dans 9 cas, la ra-

diothérapie seule dans 2 cas et l'association des 2 dans un cas.

- Notons que 61 patientes avaient un prurit vulvaire idiopathique.

Commentaires

La pathologie vulvaire ne constitue pas un motif fréquent de consultation en dermatologie puisqu'elle concerne également les gynécologues, les médecins généralistes et, à moindre degré, les urologues et les endocrinologues. Les étiologies en sont diverses et nombreuses. Parmi les étiologies infectieuses, l'infection au papillomavirus occupe la première place et touche avec prédilection les jeunes avec une moyenne d'âge de 16 à 25 ans dans la littérature [1] (26 ans dans notre série). Ceci souligne l'importance d'une éducation sexuelle à visée préventive d'autant plus que certains sérotypes de *Papillomavirus* sont cancérogènes (HPV16 et 18) et qu'il y a toujours le risque de transmission du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) [1,2].

Les candidoses vulvaires ou vulvo vaginales (CVV) sont des infections répandues: 3/4 des femmes ont au moins une fois dans leur vie un épisode de CVV et dans 45 % des cas, l'infection est récidivante [3,4]. L'agent responsable dans plus de 80 % des cas est *Candida albicans* [4]. Dans une consultation de ville spécialisée en pathologie vulvaire, la CVV vient au troisième rang des motifs de consultation [3] ainsi que dans notre série. Le chancre syphilitique n'a représenté que 2,29 % des motifs de consultation certainement liés par le recrutement par d'autres unités et/ou à l'auto-médication. Sur une étude comparative entre les années 1960 et 1990, nous avons noté une diminution des cas de syphilis primo-secondaire de 1268 cas à 188 cas [5].

Tableau 4 Malformations, kystes et tumeurs à localisation vulvaire

	Nbre	%
Leucoplasie	18	2,29
Tumeur maligne	14	1,52
Kyste de la glande de Bartholin	7	0,89
Angiomes tubéreux	4	0,50
Kyste sébacé	3	0,38
Lymphangiectasie	1	0,12

L'incidence et la prévalence de l'herpès génital ne cessent de croître ces dernières années [6]. Dans notre série, elle reste une étiologie rare, du fait que dans notre contexte les explorations virologiques ne sont pas des examens de routine lors du bilan d'une ulcération génitale, et que les patients consultent peu au centre hospitalier universitaire pour ce type de symptomatologie.

Concernant la pathologie non infectieuse, elle était dominée par l'aphtose génitale. Une maladie de Behçet a été retrouvée dans plus de la moitié des cas. Le lichen scléreux vulvaire est un motif fréquent de consultation [7,8] ; son incidence dans la population générale n'est pas connue [7]. Il constitue 15 % de l'ensemble des consultations spécialisées en pathologie vulvaire [3]. Dans notre série, elle a été retrouvée dans 5,60 % des cas. Le lichen scléreux vulvaire atteint surtout la femme en période péri- et post-ménopausique [3, 7]. La petite fille est concernée dans 5 à 6% des cas [7] (15,55 % des cas dans notre série). L'examen gynécologique doit être systématique devant tout prurit vulvaire. Les localisations vulvaires de la maladie de Crohn sont rares. Les lésions peuvent siéger à distance de l'atteinte digestive ou être intégrées dans une vaste atteinte anopérinéale, exceptionnellement l'atteinte vulvaire inaugurale, et précède l'apparition de troubles digestifs [10]. Dans 80 % des cas, l'atteinte vulvaire est contemporaine de l'atteinte digestive ou survient après plusieurs années d'évolution de la maladie [11]. C'est le cas de notre patiente chez qui les lésions cutanées sont apparues 12 mois après le début de sa symptomatologie digestive. Cette étiologie doit être évoquée devant un œdème et des ulcérations vulvaires et ce, même en l'absence de manifestations digestives manifestes [10,11].

Les dermatoses bulleuses auto-immunes ont représenté 2,29 % des étiologies dans notre série, dominées par le pemphigus vulvaire.

Le vitiligo de la vulve est soit une localisation parmi d'autres de l'affection avec ses plaques décolorées entourées d'un halo hyperpigmenté ou une localisation élective [12] (1,91 % dans notre série).

Le psoriasis génital est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense dans cette localisation vulvaire ; il est volontiers prurigineux et fissuraire [12,13]. Dans notre étude, le psoriasis inversé n'a été noté que dans 1,01 % des cas alors qu'il a été observé chez 5 % des patients dans la série de Fisher [14].

En ce qui concerne les tumeurs malignes, 14 de nos patientes avaient un processus malin vulvaire, soit une moyenne d'un cas par an. En fait, ces patientes sont souvent recrutées directement par les gynécologues. Enfin, en pratique dermatologique, le prurit vulvaire idiopathique constitue un réel problème de prise en charge. Le nombre limité retrouvé dans notre série est également expliqué par le recrutement de cette affection dans des services de gynécologie [12,15].

Conclusion

La pathologie de la vulve est très disparate : infectieuse, inflammatoire, malformative et tumorale. Les signes fonctionnels ne sont pas spécifiques et sont retrouvés dans des pathologies variées. Souvent, la patiente rapporte une symptomatologie fonctionnelle ayant une valeur d'orientation, mais parfois c'est l'examen systématique de la vulve qui permet la découverte fortuite de certaines lésions. La répartition étiologique varie selon le service de recrutement. Dans

notre série, nous insistons sur la fréquence des pathologies infectieuses dépassant 50 % dont la transmission sexuelle est la

règle. La prise en charge nécessite une étroite collaboration entre dermatologue et gynécologue.

Références

1. Laurent R. Infections génitales à papillomavirus. *La Revue du Praticien*, 1996, 46:1961-8.
2. Hildesheim A et al. Human papilloma type 16 and risk of preinvasive and invasive vulvar cancer: results from a seroepidemiological case-control study. *Obstetrics and gynecology*, 1997, 90, 5:748-54.
3. Moyal-Barracco M. Candidoses vulvovaginales récidivantes. *Rep. Hum. Horm.*, 1996, IX:53-61.
4. Geriaux H. Infections cutanéomuqueuses à *Candida albicans*. *La Revue du Praticien*, 1996, 46:350-4.
5. Chiheb S et al. Maladies sexuellement transmissibles. Etude comparative entre les années 1960 et 1990 dans le service de Dermatologie du CH Ibn Rochd - Casablanca (Maroc). *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2003, 130:1-2.
6. Gilbert LK, Schulz SL, Ebel C. Education and counselling for genital herpes: perspectives from patients. *Herpes*, 2002, 9(3):78-82.
7. Moyal-Barracco M. Lichen scléreux vulvaire. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 1997, 124:479-89.
8. Ball SB, Wojnarowska F. Vulvar dermatoses: lichen sclerosis, lichen planus and vulvar dermatitis/lichen simplex chronicus. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 1998, 17, 3:182-8.
9. Pelisse M. Lichen scléreux vulvaire. *La Revue du Praticien*, 1997, 47 :1674-8.
10. Fenniche S et al. Maladie de Crohn vulvaire : 3 observations. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 1997, 124:629-32.
11. Doassans S et al. Atteinte vulvaire au cours d'une maladie de Crohn. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 1994, 121:726-8.
12. Laugier P. Dermatoses génitales. *EMC Gynécologie*, 1981, 3-350-A10:8.
13. Farber EM, Nall L. Genital psoriasis. *Cutis*, 1992, 50, 4:263-6.
14. Fischer GO. The commonest cause of symptomatic vulvar disease: a dermatologist's perspective. *Australian Journal of dermatology*, 1996, 37(1):12-8.
15. Renaud Vilwer C et al. Pathologie vulvaire. *EMC dermatologie*, 2001, 98-836-A-10:14.