

Article original

Prise en Charge de la Vulvo-vaginite chez la Petite Fille : Résultats d'une Etude Prospective sur 12 Cas à l'Hôpital Général de Douala.

Belley Priso E^{1,3}, Nana Njamen T¹, Okalla C², Mboudou E^c, Doh AS³

¹Service de Gynécologie-Obstétrique (Hôpital Général de Douala)

²Laboratoire de Biologie Clinique (Hôpital Général de Douala)

³Département de Gynécologie-Obstétrique (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales UY1)

Corresponding author: Dr BELLEY PRISO Eugène; Hôpital Général de Douala ; Tél : (237)33370249; Email: mzambou@yahoo.fr

ABSTRACT

Objective: To contribute to a better management of vulvovaginitis in children in our milieu.

Material and Method: A prospective study that take into consideration risk factors, clinical findings, paraclinical findings and treatment.

Results: The risk factors of vulvo-vaginitis found were those due to the contact of children with their parents through contaminated linen (3 cases: 25%) and lack of hygiene (5 cases: 41.66%). Fifty percent (6 cases) of patients complained of dysuria and urgent micturation. Escherichia coli represented 55.66% (5 cases on 9) of non specific germs found.

Conclusion: Within the limit of this study we recommend systematic vaginal swab in vulvo-vaginitis of children, and antibiotic treatment only for pathogenic non specific germ like Escherichia coli.

Key words: Treatment, vulvovaginitis, girl child.

RÉSUMÉ :

Objectif : Contribuer à une meilleure prise en charge des vulvo-vaginites de la petite fille dans notre environnement.

Matériels et Méthodes : étude prospective tenant compte des facteurs de risque, de la clinique, de la paraclinique et du traitement.

Résultats : Les facteurs de risque de vulvo-vaginite retrouvés étaient ceux qui relevaient du contact de l'intimité des patientes avec celle des parents à travers les linges souillés (3 cas, soit 25%) et du manque d'hygiène (5 cas, soit 41,66%). 50% (6 cas) des patientes souffraient de dysurie et de miction impérieuse. Escherichia coli représentait 55,66% des germes non spécifiques retrouvés.

Conclusion : Sous réserve d'une étude plus étendue nous suggérons dans les vulvo-vaginites de la petite fille un prélèvement vaginal systématique, avec antibiothérapie exclusivement en cas de germes pathogènes et non spécifiques à Escherichia coli.

Mots clés : prise en charge, vulvo-vaginite, petite fille.

INTRODUCTION :

La petite fille du fait de son état pré pubertaire et de la fragilité anatomique de son appareil génital est en proie aux infections génitales [1,2]. Il s'agit d'infections anodines dans la grande majorité des cas en raison des germes non spécifiques retrouvés, ce qui justifie le traitement local recommandé par la plupart des auteurs [3,4]. Cette étude vise à partager notre expérience avec d'autres cliniciens afin de contribuer à une meilleure prise en charge de cette affection dans notre milieu, très souvent source de panique au sein des parents.

MATERIELS ET METHODES :

Etude prospective sur la prise en charge des vulvo-vaginites chez la petite fille à partir de patientes recrutés dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Général de Douala, du 30 avril 2007 au 30 avril 2010. Les indicateurs de suivi étaient : les facteurs de risque, les symptômes, les signes cliniques, les résultats paracliniques (Prélèvement vaginal, Scotch test) et la réponse au traitement.

Dans la pratique, à moins que l'on redoute le gonocoque, le prélèvement vaginal systématique avec

culture d'identification n'est pas nécessaire d'après la littérature compte tenu de l'efficacité du traitement local [3,4]. Cependant, dans l'optique d'avoir le maximum de données propres à notre environnement nous avons maintenu cet examen.

RESULTATS :

Douze patientes avaient été recrutées. Leur âge variait de 2 à 8 ans avec un maximum de fréquence entre 3 et 5 ans. La majorité d'entre elles (8 cas, soit 66,66%) étaient d'une classe sociale moyenne. Les facteurs de risque étaient :

- l'utilisation des pots de toilette mal entretenus (1 cas) ;
- le port de la même culotte (sous vêtement) pendant plus de 24 heures (4 cas) ;
- l'utilisation de la serviette de bain des parents (1 cas) ;
- le trempage des culottes dans la même enceinte que celles des parents (2 cas) ;

Nous n'avions pas trouvé de facteur de risque dans 4 cas.

Toutes les patientes présentaient des érythèmes vulvaires et des leucorrhées abondantes non fétides, non typiques d'infection parasitaire (Trichomona

vaginalis), bactérienne (*Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoea*), voire mycosique (*Candida albicans*).

Les symptômes étaient essentiellement la vulvodynie chez 9 patientes parmi lesquels 6 souffraient de dysurie et de miction impérieuse. Chez 03 patientes la pathologie était asymptomatique.

Le bilan infectieux avait révélé 1 cas de *Klebsiella pneumoniae*, 1 cas de *Streptocoque B*, 1 cas de *Staphylococcus aureus* et 9 cas de vulvo-vaginites à germes non spécifiques parmi lesquels 1 était associé à un corps étranger (petit morceau de tissu) intra-vaginal. *Escherichia coli* était identifié chez 5 cas (41,66 %) et représentait 55,56 % (5 cas sur 9) des germes non spécifiques retrouvés. Le scotch test était négatif chez tous les cas.

Le traitement administré avec succès pendant 10 jours consistait en une antibiothérapie par voie orale

en fonction de l'antibiogramme chez les cas de vulvo-vaginite à germe pathogène et à *Escherichia coli*, associé à un traitement local à la chlorexidine. Deux cas sur 5 vulvovaginites à *Escherichia coli* étaient résistants à l'association amoxicilline-acide clavulanique. Pour tous les autres cas à germes non spécifiques nous nous étions limités au traitement local.

Deux groupes de facteurs de risque sont retrouvés (Tableau I): le contact de l'intimité des patientes avec celle des parents à travers les linges souillés (3 cas, soit 25 %), associé à tous les germes pathogènes observés ; la mauvaise hygiène (5 cas, soit 41,66%), associée aux germes non spécifiques. *Escherichia coli* représente 55,66% (5 cas sur 9) des germes non spécifiques à haut risque infectieux observés au sein de l'ensemble des bactéries non spécifiques de notre série [7].

Tableau I : Germes retrouvés en fonction des facteurs de risque

Facteurs de risque	Germes retrouvés	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Pot de toilette mal entretenu	<i>Escherichia coli</i>	1	8,33
Trempage des culottes dans la même enceinte que celles des parents	<i>Staphylocoque aureus</i>	1	8,33
	<i>Streptocoque B</i>	1	8,33
Utilisation de la serviette de bain des parents	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	8,33
Port de la même culotte pendant plus de 24 heures	<i>Escherichia coli</i>	3	25
	<i>Staphylocoque blanc</i>	1	8,33
	<i>Escherichia coli</i>	1	8,33
Aucun facteur retrouvé	<i>Moraxella</i>	1	8,33
	<i>Bacteroides fragilis</i>	1	8,33
	<i>Citrobacter freundii</i>	1	8,33
		1	8,33

DISCUSSION :

La petite fille impubère a plusieurs raisons de développer une vulvo-vaginite, dont principalement le pH vaginal alcalin et secondairement : la béance de l'orifice hyménale, la proximité de l'orifice anal, la minceur de l'épithélium vaginal limité à la couche basale, les soins hygiéniques souvent moins rigoureux et la contamination par corps étrangers [1,2,3,5,6].

Il n'existe pratiquement pas de vaginite sans vulvite et par conséquent sans méatite, à l'inverse des vulvites qui se manifestent assez souvent sans vaginite [1]. Cela explique la clinique qui peut prêter à confusion chez ces petites filles, qui souvent se plaignent de symptômes évocateurs de cystite. Nous avons observé cette situation chez 6 patientes (50 %). En raison de la méatite l'examen cytotactériologique

des urines n'est pas indispensable. Au contraire c'est le fait de sonder la jeune fille qui va ensemencer la vessie ou l'urètre supérieur [1].

La littérature soutient que 80 % de vulvo-vaginites de la petite fille impubère sont dues à une flore polymorphe non spécifique, les principaux facteurs de risque étant les réactions de contact ou allergiques et les facteurs physiques; d'où la priorité pour un traitement uniquement local sans prélèvement vaginal [2,4,5,6]. En revanche cette constatation est différente de la nôtre car les facteurs de risque décrits dans notre série sont non seulement différents de ceux décrits par la littérature, mais potentiellement pourvoyeurs de tous les germes pathogènes et de la quasi-totalité des germes non spécifiques à haut risque infectieux observés; *Escherichia coli* est le germe non spécifique retrouvé dans plus de la moitié

des cas de vulvo-vaginites à germes non spécifiques de notre série : 55,56% contre 30 % dans la littérature [1] ; en plus de son appartenance aux bactéries non spécifiques à haut risque infectieux chez la petite fille il a un rôle délétère dans les infections urinaires, surtout dans ce contexte particulier où la symptomatologie peut prêter à confusion avec une cystite ou une méatite [1, 6] ; Par ailleurs les facteurs de risque relevant du contact de l'intimité des patientes à celles des parents via des linges potentiellement contaminés, de l'utilisation de pots de toilette mal entretenus, et la découverte de 2 cas d' *Escherichia coli* résistants à l'association amoxicilline- acide clavulanique plaident en faveur du caractère potentiellement pathogène des vulvo-vaginites à *Escherichia coli* chez la petite fille dans notre contexte.

CONCLUSION :

Sous réserve d'une étude plus large nous suggérons pour les vulvo-vaginites de la petite fille dans notre environnement, un prélèvement vaginal systématique avec traitement antibiotique conséquent en cas de germes pathogènes. Exclusivement en cas de germes non spécifiques tels qu'*Escherichia coli* un traitement antibiotique conséquent sera administré à

visée prophylactique voire thérapeutique d'une éventuelle cystite. On se limitera au traitement local à la chlorexidine dans les autres cas de germes non spécifiques. Toutes les patientes et leurs parents seront sensibilisés sur les facteurs de risque en général et ceux identifiés en particulier.

REFERENCES

- [1] Sersiron D. Gynécologie Pédiatrique 2^{ème} Edition. 1984;p27, 31-42.
- [2] Tourris H, Henrion R, Delecour M. Manifestation pathologique de l'enfance dans Gynécologie et obstétrique 5^{ème} Edition 1984;p.8.
- [3] David Muran. Pediatric and adolescent Gynecology in Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment 7th ed. California Lange Medical Publications 1991;p.641-42.
- [4] Cohen R, Bingen E. Vulvite et vulvo-vaginite en phase pré pubère. Médecine en France 2000;20(1):55-57.
- [5] Berlie P. Les vulvo-vaginites de la petite fille. Rev Fr Obstet Gynecol 1986;85(5): 283-285.
- [6] Didier DJ. La psychiatrie de l'enfant. Presses Universitaires de France 4^{ème} Edition 1988.
- [7] Roland Quentin. Infections génitales basses aux urgences (femme en période d'activité ovarienne). <http://www.collegeboh.org/synthese/synthese.html>.