



HAL
open science

Description de la prise en charge diagnostique et
thérapeutique des pathologies vulvaires et
particulièrement le lichen-scléro-atrophique par le
médecin généraliste et l'interne en médecine générale

Sabine Dambricourt

► To cite this version:

Sabine Dambricourt. Description de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies vulvaires et particulièrement le lichen-scléro-atrophique par le médecin généraliste et l'interne en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01705331

HAL Id: dumas-01705331

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01705331>

Submitted on 20 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Description de la prise en charge diagnostique et thérapeutique
des pathologies vulvaires et particulièrement le lichen-scléro-atrophique
par le médecin généraliste et l'interne en médecine générale.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 17 octobre 2017

Par Madame Sabine DAMBRICOURT

Née le 27 août 1990 à Le Chesnay (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Assesseur

Madame le Docteur PICLET Hélène

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs : * aux Etudes : Jean-Michel VITON

* à la Recherche : Jean-Louis MEGE

* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART

* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI

* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI

* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH

* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission : * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET

* 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD

* 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER

* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN

* DU-DIU : Véronique VITTON

* Stages Hospitaliers : Franck THUNY

* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ

* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS

* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC

* Relations Internationales : Philippe PAROLA

* Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

* Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service : * Communication : Laetitia DELOUIS

* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT

* Intérieur : Joëlle FAVREGA

* Maintenance : Philippe KOCK

* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND

M. André ALI CHERIF

M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge

ALDIGHERI René

ALLIEZ Bernard

AQUARON Robert

ARGEME Maxime

ASSADOURIAN Robert

AUTILLO-TOUATI Amapola

BAILLE Yves

BARDOT Jacques

BARDOT André

BERARD Pierre

BERGOIN Maurice

BERNARD Dominique

BERNARD Jean-Louis

BERNARD Pierre-Marie

BERTRAND Edmond

BISSET Jean-Pierre

BLANC Bernard

BLANC Jean-Louis

BOLLINI Gérard

BONGRAND Pierre

BONNEAU Henri

BONNOIT Jean

BORY Michel

BOURGEADE Augustin

BOUVENOT Gilles

BOUYALA Jean-Marie

BREMOND Georges

BRICOT René

MM GALLAIS Hervé

GAMERRE Marc

GARCIN Michel

GARNIER Jean-Marc

GAUTHIER André

GERARD Raymond

GEROLAMI-SANTANDREA André

GIUDICELLI Roger

GIUDICELLI Sébastien

GOUDARD Alain

GOUIN François

GRISOLI François

GROULIER Pierre

HADIDA/SAYAG Jacqueline

HASSOUN Jacques

HEIM Marc

HOUEL Jean

HUGUET Jean-François

JAQUET Philippe

JAMMES Yves

JOUVE Paulette

JUHAN Claude

JUIN Pierre

KAPHAN Gérard

KASBARIAN Michel

KLEISBAUER Jean-Pierre

LACHARD Jean

LAFFARGUE Pierre

LEVY Samuel

BRUNET Christian	LOUCHET Edmond
BUREAU Henri	LOUIS René
CAMBOULIVES Jean	LUCIANI Jean-Marie
CANNONI Maurice	MAGALON Guy
CARTOUZOU Guy	MAGNAN Jacques
CAU Pierre	MALLAN- MANCINI Josette
CHAMLIAN Albert	MALMEJAC Claude
CHARREL Michel	MATTEI Jean François
CHOUX Maurice	MERCIER Claude
CIANFARANI François	METGE Paul
CLEMENT Robert	MICHOTEY Georges
COMBALBERT André	MILLET Yves
CONTE-DEVOLX Bernard	MIRANDA François
CORRIOL Jacques	MONFORT Gérard
COULANGE Christian	MONGES André
DALMAS Henri	MONGIN Maurice
DE MICO Philippe	MONTIES Jean-Raoul
DEVIN Robert	NAZARIAN Serge
DEVRED Philippe	NICOLI René
DJIANE Pierre	NOIRCLERC Michel
DONNET Vincent	OLMER Michel
DUCASSOU Jacques	OREHEK Jean
DUFOUR Michel	PAPY Jean-Jacques
DUMON Henri	PAULIN Raymond
FARNARIER Georges	PELOUX Yves
FAVRE Roger	PENAUD Antony
FIECHI Marius	PENE Pierre
FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
FONTES Michel	PICAUD Robert
FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
FUENTES Pierre	POGGI Louis
GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
GALINIER Louis	PONCET Michel
MM POYEN Danièle	
PRIVAT Yvan	
QUILICHINI Francis	
RANQUE Jacques	
RANQUE Philippe	

RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)

S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUBE Jean-Luc

BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GARCIA Stéphane	MICHEL Gérard
CASANOVA Dominique	GARIBOLDI Vlad	MICHELET Pierre
CASTINETTI Frédéric	GAUDART Jean	MILH Mathieu
CECCALDI Mathieu	GENTILE Stéphanie	MOAL Valérie
CHABOT Jean-Michel	GERBEAUX Patrick	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GEROLAMI/SANTANDREA René	MORANGE Pierre-Emmanuel

CHAMBOST Hervé	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIORGI Roch	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIOVANNI Antoine	MUNDLER Olivier
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GIRARD Nadine	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GIRAUD/CHABROL Brigitte	NICCOLI/SIRE Patricia
CHIARONI Jacques	GONCALVES Anthony	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard	REYNAUD Rachel	TAIEB David
OLIVE Daniel	RICHARD/LALLEMAND Marie- Aleth	THIRION Xavier
OUAFIK L'Houcine	RIDINGS Bernard Surnombre	THOMAS Pascal
PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck
PANUEL Michel	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PARRATTE Sébastien	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
PAUT Olivier	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PETIT Philippe	SAMBUC Roland	VIENS Patrice
PHAM Thao	SARLES Jacques	VILLANI Patrick
PIARROUX Renaud	SARLES/PHILIP Nicole	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie- Dominique	SASTRE Bernard Surnombre	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VIEHWEGER Heide Elke
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	SEBAG Frédéric	XERRI Luc
POUGET Jean Surnombre	SEITZ Jean-François	
RACCAH Denis	SERRATRICE Jacques	
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	
REGIS Jean	SIMON Nicolas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal

AGHABABIAN Valérie

BELIN Pascal

CHABANNON Christian

CHABRIERE Eric

FERON François

LE COZ Pierre

LEVASSEUR Anthony

RANJEVA Jean-Philippe

SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	LOUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUSSE Delphine
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VALLI Marc
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELLY Lionel
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie- Claude	VELY Frédéric
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	VION-DURY Jean
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

**MAITRES DE CONFERENCES
DES UNIVERSITES**
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad

BARBACARU/PERLES T. A.

BERLAND/BENHAIM Caroline

BERAUD/JUVEN Evelyne
(retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE
Françoise

BOYER Sylvie

DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît

LIMERAT/BOUDOURESQUE
Françoise

MARANINCHI Marie

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte

POGGI Marjorie

RUEL Jérôme

STEINBERG Jean-Guillaume

THOLLON Lionel

THIRION Sylvie

**MAITRE DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES DE MEDECINE
GENERALE**

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien

BARGIER Jacques

BONNET Pierre-André

CALVET-MONTREDON Céline

GUIDA Pierre

JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)
BURKHART Gary (PAST)

ROLL Patrice (PU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405
--

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)	CHIRURGIE INFANTILE 5402
BLONDEL Benjamin (PU-PH)	ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
CURVALE Georges (PU-PH)	GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)	JOUE Jean-Luc (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)	LAUNAY Franck (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)	MERROT Thierry (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)	VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702	
BERTUCCI François (PU-PH)	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503
CHINOT Olivier (PU-PH)	
COWEN Didier (PU-PH)	CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)	GUYOT Laurent (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)	
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)	
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre	
SALAS Sébastien (PU-PH)	
VIENS Patrice (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004
COLLART Frédéric (PU-PH)	
D'JOURNO Xavier (PU-PH)	CASANOVA Dominique (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)	LEGRE Régis (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)	
MACE Loïc (PU-PH)	HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)	
GRISOLI Dominique (MCU-PH)	
TROUSSE Delphine (MCU-PH)	
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201
ALIMI Yves (PU-PH)	
AMABILE Philippe (PU-PH)	BARTHET Marc (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)	BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)	BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)	DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
	GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)	GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
	LAUGIER René (PU-PH)
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202	SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)	
GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre	
LEPIDI Hubert (PU-PH)	
ACHARD Vincent (MCU-PH)	
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)

GROB Jean-Jacques (PU-PH)

RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)

MONCLA Anne (PU-PH)

SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE
MEDICALE 5403****EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET
PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)

BOYER Laurent (PU-PH)

CHABOT Jean-Michel (PU-PH)

GENTILE Stéphanie (PU-PH)

SAMBUC Roland (PU-PH)

THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR B enedicte (MCF) (06 eme section)

TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)

BOUBLI Léon (PU-PH)

BRETELLE Florence (PU-PH)

CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)

COURBIERE Blandine (PU-PH)

CRAVELLO Ludovic (PU-PH)

D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)

MEGE Jean-Louis (PU-PH)

OLIVE Daniel (PU-PH)

VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69 eme section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)

DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)

DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)

ROBERT Philippe (MCU-PH)

VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65 eme section) (retraite
octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65 eme section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)

COSTELLO Régis (PU-PH)

CHIARONI Jacques (PU-PH)

GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)

MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)

VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)

CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)

FRERE Corinne (MCU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)

LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64 eme section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

EBBO Mikael (MCU-PH)
 GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
 BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

	NEUROLOGIE 4901
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	ATTARIAN Sharham (PU PH)
CHABANNON Christian (PR) (66ème section)	AUDOIN Bertrand (PU-PH)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
	CECCALDI Mathieu (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)	FELICIAN Olivier (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)	PELLETIER Jean (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)	POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	
	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH)	POINSO François (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)	
GIOVANNI Antoine (PU-PH)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)	BLIN Olivier (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)	FAUGERE Gérard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)	MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité	SIMON Nicolas (PU-PH)
	BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	VALLI Marc (MCU-PH)
ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	
	PHILOSOPHIE 17
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
DESSEIN Alain (PU-PH)	
	ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
PIARROUX Renaud (PU-PH)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH)	
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)	
MARY Charles (MCU-PH)	
RANQUE Stéphane (MCU-PH)	
TOGA Isabelle (MCU-PH)	
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
CHAMBOST Hervé (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)	BREGÉON Fabienne (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)	CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre
MICHEL Gérard (PU-PH)	JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)	MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)	
SARLES Jacques (PU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

OUDIN Claire (MCU-PH)

OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

GORINCOUR Guillaume (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE
4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

GABORIT Bénédicte (MCU-PH)

REY Marc (MCU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Pr Léon Boubli pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

Au Pr Xavier Carcopino, pour m'avoir proposé ce sujet et lancé dans ce travail, ainsi que de me faire l'honneur d'être dans ce jury.

Au Pr Simon Filippi de m'honorer de sa présence dans ce jury de thèse.

A ma très chère Hélène pour m'avoir aidée tout au long de ce travail, pour m'avoir transmis ta passion de la gynécologie, et de m'avoir tant appris !

A Alain pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale et pour m'offrir l'opportunité de me joindre à vous quatre à La Ciotat ! Comme un rêve de petite fille qui se réalise enfin après toutes ces années d'études...

A Maeva Jego qui m'a bien dépatouillée et guidée pour l'élaboration du questionnaire et la lecture des résultats.

Au Dr Ludovic Casanova sans qui mes analyses statistiques seraient restées du chinois !

A Amandine Fabrègue pour avoir toujours répondu présente quand j'avais des questions d'ordre logistique !

A Marion la meilleure des colocs qui m'a supportée et soutenue pendant cette longue année de stress rythmée par la thèse !!

A Audrey, Coraline et Marie, 8 ans d'études = 8 ans d'amitié !! (la P1 je ne la compte pas !) Audrey pour cette année à s'entre aider et se soutenir pour la thèse, et Coraline et Marie mes testeuses de questionnaire même à des centaines de kilomètres ! Malgré la distance vous restez présentes !

A Coralie P pour m'avoir aidé dans la transmission du questionnaire ! Et pour ton amitié.

A Chloé, Manue, Virginie et Audrey pour ces 3 années d'internat passées ensemble ! Mes relectrices en chef et testeuses de questionnaire ! Sans vous rien n'aurait été pareil !

A Coralie R qui m'aura prouvé que ce travail de thèse a apporté du réconfort à au moins une patiente !!

A Delphine pour m'avoir épaulée pendant toute la D4 et ses moments difficiles !!

A l'équipe CNC (Jojo et Jojo, Nico, Cyssou, Gwen et Célia) pour m'avoir soutenue toute cette année ! Tous les soucis s'envolent avec vous !

A l'athlétisme qui m'a donné un équilibre pendant ces 9 ans d'études. Lolo, Chistelle, Sylvie et Pascal, la super team !! Vous me manquez ! Et la nouvelle team avec Thierry, Myriam et tous les autres !

A toutes les personnes que j'ai pu croiser pendant mes nombreux stages, pour tout ce que vous m'avez apporté et appris (l'équipe de l'HDJ, Aubagne et Beauregard !!).

A Thibaut, Sophie et Thomas les meilleurs frères et sœur, pour m'avoir supportée pendant ma 1^{ère} année de médecine et permise de travailler dans les meilleures conditions (oui après c'est moi qui ai dû vous supporter ^^ !!). Et tous ces moments partagés (athlétisme, TMB !!.....).

A mon Papa et ma Maman, merci pour tout. Sans vous je ne serais pas là où je suis. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ma vie jusqu'à cet accomplissement.

Maman merci pour ton dévouement en 1^{ère} année de médecine, je n'aurais jamais réussi sans toi.

A Manou et ma marraine adorée.

A mes cousines et cousins chéris. Et le reste de la famille.

A Marion, ma 2^{ème} marraine.

A mes amis présents aujourd'hui.

Vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je vous aime !

Et à Grand père..... Repose en paix.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. MATERIEL ET METHODE	5
1. Type de l'étude	5
2. Population étudiée.....	5
3. Elaboration du questionnaire	5
4. Récupération des données.....	6
5. Analyse statistique	7
III. RESULTATS	8
1. Taux de participation, taux de réponses et taux de réponses exploitables	8
2. Description de l'échantillon (tableau I)	8
3. Description des pratiques des médecins généralistes devant une symptomatologie vulvaire (tableau II)	9
4. Description des pratiques des médecins généralistes devant un lichen scléro atrophique (tableau III).....	10
5. Analyse du savoir des médecins généralistes face au lichen scléro atrophique (tableau IV).....	12
6. Comparaison médecin généralistes – internes en médecine générale (tableau V) .	13
IV. DISCUSSION.....	15
1. Biais et forces de l'étude.....	15
1.1. Questionnaire	15
1.2. Biais de sélection	16
2. Discussion des résultats	17
2.1. Activité des médecins généralistes	17
2.2. Le médecin généraliste et le lichen Scléro Atrophique (LSA)	21
2.2.1. Diagnostic du LSA.....	21
2.2.2. Traitement du LSA.....	23
2.2.3. Complications du LSA.....	26
2.2.4. Suivi du LSA.....	27
2.2.5. Comparaison Médecins-Internes.....	28
2.3. Proposition de solutions	29

V. CONCLUSION	32
VI. BIBLIOGRAPHIE	34
VII. ANNEXES	40
1. Tableaux statistiques	40
2. Questionnaire	46
VIII. ABBREVIATIONS	56

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste a une place centrale dans le système de soin français. C'est lui que les patients consultent en premier recours quels que soient leur âge et leur pathologie (1). Il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique de la femme, notamment chez les personnes âgées qui ne consultent plus de gynécologue régulièrement. En effet, une femme consulte en moyenne trois à quatre fois par an un médecin généraliste pour un problème gynécologique (2).

La démographie médicale est en crise avec une diminution nette du nombre de gynécologues médicaux prévue dans les prochaines années, étant donné la pyramide des âges (3) (89.7% des gynécologues ont 55 ans et plus en 2016), et trop peu de postes ouverts aux internes (4) (moins de trente postes par an en France avant 2012, soixante-huit en 2017).

La médecine générale connaît elle aussi des difficultés démographiques, de manière inégale sur le territoire. Le médecin généraliste prend en charge les pathologies aiguës et chroniques mais joue aussi un rôle dans la prévention et le dépistage (5). Pour le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), il est évident que les spécialistes gynécologues-obstétriciens n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour des problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause (6). Le médecin généraliste a ainsi tout à fait sa place dans la prise en charge et le suivi des pathologies gynécologiques, notamment le lichen-scléro-atrophique (LSA).

Le LSA est une dermatose inflammatoire chronique, caractérisée par une réponse lymphocytaire qui a pour principal siège l'épiderme génital (7). L'étiologie du LSA est incertaine mais il existe des preuves croissantes suggérant que des mécanismes auto-immuns sont impliqués dans sa pathogénèse (8–11). Il est souvent associé à d'autres maladies auto-immunes en particulier les pathologies thyroïdiennes (12). La prévalence des dysthyroïdies est de 30% chez les patientes atteintes de LSA ce qui est cinq à trente fois plus élevé que dans la population générale.

Le LSA est une dermatose relativement fréquente, bien que l'incidence réelle soit inconnue et probablement sous-estimée. Le LSA génital a deux pics de présentation chez la femme : les années pré-pubères et la post-ménopause (13). Outre le retentissement fonctionnel majeur du LSA chez les patientes atteintes (dyspareunie, pseudocytos du clitoris, dysfonctionnement sexuel, dysesthésie et troubles mictionnels) (14,15) la complication la plus inquiétante de cette maladie est la transformation maligne et le risque de carcinome épidermoïde (CE) (16). Même si le risque de malignité est très faible, le LSA nécessite un traitement adapté par corticostéroïde topique (traitement de première intention) (17–20) et un suivi rigoureux (21,22).

Nous avons constaté que les patientes étaient démunies face à cette maladie, avec une errance médicale importante. La plupart arrivait à notre consultation après des mois de vagabondage médical, sans avoir pu acquérir de réponse ou d'amélioration clinique. Il arrivait même que les patientes soit déjà atteintes de lésions dysplasiques type VIN (néoplasie intra-épithéliale vulvaire), avec nécessité de prise en charge chirurgicale. Alors qu'un traitement médicamenteux local simple aurait pu éviter la transformation maligne et diminuer le retentissement fonctionnel.

De ce constat est née l'idée de notre travail dont l'objectif est de décrire les pratiques des médecins généralistes face aux pathologies vulvaires tout en mettant l'accent sur le LSA. Dans un deuxième temps, comme objectif secondaire, nous comparerons ces pratiques à celles des internes en médecine générale. En effet un semestre de leur formation est consacré à l'apprentissage sur le terrain de la gynécologie.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type de l'étude

Une étude descriptive transversale quantitative a été réalisée par questionnaire à destination des médecins généralistes et des internes en médecine générale.

2. Population étudiée

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes de la région PACA ainsi que les internes en médecine générale de la faculté d'Aix Marseille.

L'échantillonnage a été réalisé parmi les médecins généralistes de la région PACA par tirage au sort, recensés dans les pages jaunes. Les médecins contactés n'exerçant pas ou plus la médecine générale en cabinet (angiologues, médecine esthétique...) ont été exclus de l'étude.

L'échantillonnage des internes en médecine générale a été réalisé à partir de la mailing-liste des internes de la faculté.

3. Elaboration du questionnaire (Annexe 2)

Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration au CNIL.

Il était divisé en quatre parties.

- La première permettait de recenser les données sociodémographiques de chaque médecin généraliste et de chaque interne en médecine générale :
 - le genre
 - le semestre d'étude pour les internes,
 - la durée,

- le lieu d'installation
 - et la fréquence de leur pratique gynécologique pour les médecins généralistes.
- La deuxième était exclusivement adressée aux médecins généralistes : un examen clinique était-il systématiquement fait ou non lors d'un motif de consultation concernant un problème vulvaire ? Quelle partie de l'examen était réalisée : inspection vulvaire, examen au speculum, toucher vaginal et examen mammaire ?
 - La troisième regroupait dix photos de lésions vulvaires. Elles étaient accompagnées de 6 possibilités de réponses. Les photos ont été récupérées auprès de PUPH de l'APHM exerçant en gynécologie-obstétrique et en dermatologie. L'anonymat a été respecté.
 - La quatrième partie interrogeait sur les pratiques des médecins généralistes et internes en médecine générale vis-à-vis du LSA : connaissance des signes fonctionnels et des signes physiques, la population touchée, le caractère aigu ou chronique de la maladie, évolution, recours à un avis spécialisé demandé (à qui et pourquoi), quelle prise en charge thérapeutique et suivi réalisés.
La dernière question demandait s'ils avaient déjà été confrontés au LSA au cours de leur carrière ou de leurs études.

4. Récupération des données

Le questionnaire était présenté et envoyé sous forme électronique. Il a été diffusé à partir de la plateforme Google et rempli directement sur internet afin de permettre aux médecins et internes d'y répondre rapidement et facilement. Ceux-ci étaient anonymes afin de respecter la position de chacun.

Un premier courriel a été envoyé expliquant le travail de recherche et demandant l'autorisation d'envoyer le questionnaire. En cas de réponse positive un deuxième courriel

était envoyé dans les 24h avec un lien unique et personnel les dirigeant vers le questionnaire en ligne. Cela permettait de connaître les répondants tout en gardant l'anonymat des réponses. Les réponses étaient anonymisées par le logiciel de façon automatique.

Un mail de relance un mois après était envoyé si nécessaire.

L'étude a été réalisée sur la période du 1^{er} avril au 06 juin 2017, soit clôturée un mois maximum après le rappel.

5. Analyse statistique

Une base de données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL. Les logiciels Stata11 et BiostatTGV ont été utilisés pour analyser les résultats. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme de pourcentage. L'analyse statistique a utilisé le test du Chi-deux pour les comparaisons des variables catégorielles. Le seuil de significativité (p) a été fixé à 0,05 (risque alpha à 5%).

Concernant les réponses aux photos, les variables catégorielles ont été modifiées en variables continues (réponse juste / réponses fausses) pour effectuer des moyennes. Celles-ci ont pu être comparées grâce au test de Student avec un risque alpha à 5%.

III. RESULTATS

1. Taux de participation, taux de réponses et taux de réponses exploitables

300 médecins généralistes ont été tirés au sort parmi les médecins généralistes de la région PACA. L'objectif était de récolter au minimum 100 réponses de médecins généralistes, le tirage au sort a volontairement été plus large afin d'assurer les 100 réponses. 15 médecins ont été exclus, n'exerçant pas la médecine générale en libéral. Un premier contact a donc été pris avec 285 médecins généralistes, 196 ont répondu positivement. 3 adresses email étaient erronées, ces 3 médecins n'ont donc pas reçus le premier mail de présentation de la recherche. Sur les 196 questionnaires envoyés 120 médecins ont répondu. Un mail de relance a été envoyé un mois après le premier pour la moitié d'entre eux. Le taux de réponse était de 40% parmi les médecins tirés au sort et de 61,2% parmi les questionnaires envoyés.

300 questionnaires ont été envoyés de manière aléatoire aux internes en médecine générale de la faculté d'Aix Marseille parmi les 750 inscrits. 131 réponses ont été récoltées. Aucune relance n'a été effectuée. Le taux de réponse était de 43,7%.

Toutes les réponses reçues étaient exploitables. Il y avait donc au totale 251 réponses, dont 120 de médecins généralistes et 131 d'internes en médecine générale.

2. Description de l'échantillon (tableau I)

L'échantillon comptait 166 femmes (66,1%) et 85 hommes (33,9%).

Chez les médecins généralistes la répartition était de 66 femmes (55%) et de 54 hommes (45%). Chez les internes en médecine générale, il y avait 100 femmes (76,3%) et 31 hommes (23,7%).

Concernant les médecins généralistes, la plupart exerçait en milieu urbain (55,8%), 31,6% en milieu semi-rural et seulement 12,5% exerçaient en milieu rural. La plupart d'entre eux étaient installés depuis moins de 10 ans (50,8%), 18,3% exerçaient depuis 10-20 ans, 19,2% depuis 20-30 ans et 11,7% depuis plus de 30 ans. Parmi eux, la majorité pratiquait la gynécologie de manière occasionnelle (70%) une seule avait une pratique exclusive de la gynécologie (0,8%), 21,6% la pratiquaient régulièrement, et 7,5% ne pratiquaient jamais de gynécologie dans leur exercice médical (8 sur 9 étant des hommes (88,9%) ($p = 0,006$)).

Concernant les internes en médecine générale, 3,1% étaient en première année, 41,2% étaient en deuxième année et 55,7% en troisième année d'internat.

3. Description des pratiques des médecins généralistes devant une symptomatologie vulvaire (tableau II)

Cette partie ne concernait que les médecins généralistes et leurs pratiques vis-à-vis de la symptomatologie vulvaire de leurs patientes. La majorité des femmes médecins disaient toujours examiner leurs patientes lorsque celles-ci se présentaient avec une symptomatologie vulvaire (56,1%), contre peu d'hommes (seulement 27,8%, avec une différence significative ($p = 0,002$)).

Les hommes médecins ont répondu majoritairement qu'ils examinaient parfois leurs patientes devant une symptomatologie vulvaire (64,8% d'entre eux, contre 42,4% des femmes médecins), avec une différence également significative ($p = 0,015$).

1,5% des femmes médecins contre 7,4% des hommes disaient ne jamais examiner leurs patientes devant une symptomatologie vulvaire ($p = 0,11$).

Parmi les 115 médecins qui disaient pratiquer un examen clinique à leurs patientes, 100% faisaient l'inspection vulvaire. Donc sur nos 120 médecins, 95,8% disaient inspecter

les vulves en cas de symptomatologie vulvaire (98,5% des femmes et 93% des hommes, $p = 0,11$).

L'examen au speculum était réalisé par 57,5% des médecins (65,2% des femmes et 48,1% des hommes, $p = 0,125$).

Le toucher vaginal était pratiqué par 50% d'entre eux (60,6% des femmes et 37% des hommes, une supériorité significative chez les femmes avec $p = 0,022$).

Enfin 17,5% des médecins disaient effectuer l'examen mammaire lorsque une patiente se présentait avec une symptomatologie vulvaire (19,7% des femmes et 14,8% des hommes, $p = 0,582$).

Certains médecins généralistes précisaient qu'ils ne réalisaient pas d'examen gynécologique poussé (speculum, toucher vaginal et examen mammaire) s'il avait déjà été pratiqué au cours de l'année écoulée.

4. Description des pratiques des médecins généralistes devant un lichen scléro atrophique (tableau III)

Lorsqu'un LSA était suspecté chez une patiente, 88,3% des médecins l'adressaient systématiquement pour un avis spécialisé avec une supériorité masculine non significative (84,9% des femmes et 92,6% des hommes, $p = 0,19$). 10% des médecins n'adressaient que parfois la patiente à un spécialiste (13,6% des femmes et 5,6% des hommes, $p = 0,14$). Et 1,7% des médecins n'adressaient jamais leur patiente.

Les médecins avaient plutôt tendance à adresser leur patiente à un gynécologue (69,2%), avec une prédominance masculine non significative (65,2% chez les femmes et 72,2% chez les hommes $p = 0,41$).

Les patientes étaient moins souvent orientées vers un dermatologue. 30% des médecins choisissaient ce spécialiste, avec une supériorité féminine non significative : 33,3% d'entre elles contre 25,9% des hommes, $p = 0,38$.

L'avis spécialisé était surtout demandé pour une aide au diagnostic (94,2% des médecins). L'avis était également demandé pour une prise en charge thérapeutique (93,3%). 75% des médecins demandaient un avis spécialisé dans le but d'effectuer une biopsie, avec une prédominance féminine non significative (80,3% chez les femmes et 68,5% chez les hommes $p = 0,14$).

Pour la majorité des médecins (69,1%) la biopsie dans la prise en charge diagnostique du LSA était parfois nécessaire. La biopsie était systématique pour 26,7% des médecins (30,3% chez les femmes et 22,2% chez les hommes $p = 0,35$). Elle était inutile pour 4,2% d'entre eux.

80% des médecins prescrivait des dermocorticoïdes (84,8% des femmes et 74,1% des hommes, $p = 0,14$). 76,7% d'entre eux prescrivait un émollit (81,8% des femmes et 70,4% des hommes, $p = 0,14$). Une crème hormonale était prescrite par 36,7% des médecins, avec une majorité masculine significative : 55,6% contre 21,2% des femmes ($p < 0,001$). Un antimycotique était prescrit par 7,5% des médecins.

Concernant la durée du traitement, 38,3% des médecins estimaient que le traitement devait être poursuivi pendant 6 mois. Pour 35% des médecins, le traitement devait être prescrit pendant 1 mois. Seulement 21,7% des médecins estimaient que le traitement devait être poursuivi à vie. Les 5% restant disaient prescrire le traitement pendant une semaine. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes.

95% des médecins ont répondu effectuer une surveillance clinique régulière du LSA (97% des femmes et 92,6% des hommes, $p 0,27$). 12,5% d'entre eux disaient demander des biopsies régulièrement dans le cadre de son suivi. 6,7% des médecins disaient ne pas effectuer de surveillance particulière de la maladie.

Seulement 40% des médecins généralistes interrogés ont répondu avoir déjà vu au cours de leur carrière un LSA (42,4% des femmes et 37% des hommes, $p = 0,55$).

5. Analyse du savoir des médecins généralistes face au lichen sclérotrophique (tableau IV)

Quelques questions ont été posées aux médecins généralistes pour analyser leurs connaissances vis-à-vis du LSA. En ce qui concerne la symptomatologie du LSA, les deux symptômes les plus connus par les médecins généralistes dans notre questionnaire, avec plus de 90% de réponses positives, étaient la dyspareunie et la sécheresse vulvaire. Le prurit local, les douleurs et les brûlures étaient évoqués par plus de la moitié des médecins. Peu de médecins ont répondu que les saignements et des odeurs nauséabondes faisaient partie du panel des symptômes du LSA. Les réponses étaient similaires dans les deux groupes (femmes / hommes) excepté pour le prurit vulvaire. 81,8% des femmes disaient que le prurit vulvaire était un symptôme retrouvé dans le LSA contre 64,8% des hommes ($p = 0,03$).

Les deux signes physiques qui sont ressortis avec plus de 80% de réponses positives étaient l'atrophie vulvaire avec disparition des reliefs, ainsi que l'aspect pâle et nacré de la vulve. Un peu plus de la moitié des médecins ont répondu que la vulve dans le LSA était épaisse et indurée. 65,8% des médecins disaient que la vulve était blanche, et 15% qu'elle était érythémateuse. Les réponses étaient semblables dans les deux groupes (femmes / hommes), hormis pour un caractère physique : 75,8% des femmes contre 53,7% des hommes ($p = 0,01$) ont répondu que la vulve était blanche lorsque la patiente était atteinte d'un LSA.

Pour 86,7% des médecins le LSA touchait le plus souvent les patientes après 50 ans. Moins de 10% ont répondu que les patientes pouvaient être atteinte d'un LSA quel que soit leur âge. Et pour 4,2% des médecins, les enfants n'étaient jamais touchés par le LSA. Avec des réponses similaires dans les deux groupes (femmes / hommes).

Plus de 96% des médecins ont répondu que le LSA était à caractère chronique.

Le dernier point sur lesquels les médecins étaient interrogés concernait l'évolution du LSA. 93,3% des médecins généralistes disaient que le LSA entraînait une inflammation chronique de la vulve avec un retentissement fonctionnel chez la patiente sans différence

entre les deux sexes. 86,7% des médecins répondaient que le LSA pouvait évoluer vers une lésion dysplasique puis un CE. Plus de la moitié des médecins ont répondu que le LSA pouvait évoluer vers une guérison (avec une prédominance féminine significative : 80,3% d'entre elles contre 38,9% des hommes, $p < 0,001$). Pour finir 57,5% des médecins ont répondu que le LSA pouvait se surinfecter avec une majorité significative masculine (70,4% d'entre eux contre 47% des femmes, $p = 0,01$).

6. Comparaison médecin généralistes – internes en médecine générale (tableau V)

Plus d'internes en médecine générale (6,1%) disaient ne demander aucun avis spécialisé devant un LSA par rapport aux médecins généralistes (1,7%), $p = 0,04$.

Quand un avis spécialisé était demandé, les internes recherchaient plus une aide thérapeutique contrairement aux médecins qui recherchaient plus une aide au diagnostic. Les médecins demandaient plus souvent une biopsie (75%) que les internes (57,3%), $p = 0,003$. Pour 26,7% des médecins, la biopsie était systématique, contre 14,5% des internes ($p = 0,016$). La biopsie était considérée comme inutile pour plus d'internes que de médecins ($p = 0,033$).

Concernant la prise en charge thérapeutique, les dermocorticoïdes étaient le traitement principalement prescrit dans les deux groupes sans différence significative. Les médecins prescrivait plus fréquemment une crème hormonale que les internes (63% des médecins contre 34,4% des internes, $p < 0,001$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les médecins et les internes quant à la durée de prescription du traitement. Les deux groupes ont répondu principalement qu'ils le prescrivait pour une durée de six mois.

Concernant le suivi du LSA, la majorité des deux groupes a répondu qu'ils effectuaient une surveillance clinique régulière sans différence significative. 12,5% des médecins disaient que des biopsies régulières étaient nécessaires, contre 6,1% des internes ($p = 0,08$).

Pour finir, 40% des médecins ont dit avoir déjà été confrontés à un LSA contre 11,5% des internes ($p < 0,001$)

Une moyenne a été calculée, regroupant les réponses des médecins d'une part, et celles des internes d'autre part, vis-à-vis des dix photos montrant un panel de lésions vulvaires (tableau VI). Les lésions de LSA étaient relativement mieux reconnues dans le groupe des médecins généralistes par rapport à celui des internes. Les internes reconnaissaient mieux les lésions herpétiques et de psoriasis. Mais aucune différence significative n'est ressortie.

IV. DISCUSSION

1. Biais et forces de l'étude

1.1. Questionnaire

Nous avons volontairement posé des questions de nature quantitative plutôt que qualitative afin de faciliter les réponses et leurs analyses.

Nous nous sommes aperçus des limites de notre questionnaire dans sa forme et son contenu concernant les photos exposant les dermatoses vulvaires. Les photos étaient accompagnées de cinq ou six possibilités de réponses. La réponse « ne sais pas » n'avait volontairement pas été proposée pour obliger une réponse diagnostique et augmenter la qualité de l'étude. Il a été délibérément décidé de ne pas associer de critères cliniques aux photos. Seules les lésions dermatologiques étaient exposées. Cela pouvait déranger les personnes interrogées, mais le but était de voir si les lésions de LSA étaient reconnues parmi les autres maladies dermatologiques vulvaires.

Concernant l'examen clinique gynécologique, les médecins étaient interrogés dans le cas où les patientes se présentaient avec une symptomatologie vulvaire et non dans le cadre de leur suivi annuel gynécologique. Cela pouvait apporter un biais concernant les résultats puisque les médecins pratiquant la gynécologie médicale de manière régulière, et effectuant eux-mêmes le suivi de leurs patientes, n'effectuaient pas forcément un examen complet dans ce cadre-là (examen au speculum, toucher vaginal et examen mammaire). Certains médecins ont pu se sentir jugés dans leur pratique et me l'ont suggéré, alors que cela n'en était absolument pas le but.

1.2. Biais de sélection

Cette étude a été menée auprès de 300 médecins généralistes de la région PACA qui ont été tirés au sort dans les pages jaunes. Ils ont été sélectionnés de manière proportionnelle selon le nombre de médecins de chaque département pour essayer d'avoir un échantillon représentatif.

Le choix du tirage au sort des médecins dans les pages jaunes a pu faire diminuer le nombre de réponses. Bien que répertoriant tous les médecins généralistes, cet annuaire n'explique pas toujours l'orientation de la pratique du médecin généraliste. C'est ainsi que des médecins ont répondu qu'ils ne pouvaient pas répondre à ce questionnaire, exerçant spécifiquement de la médecine ORL, esthétique, vasculaire ou diabétique. On peut penser que d'autres médecins dans le même cas n'ont pas répondu au premier email.

Ce mode de sélection des médecins n'a pas permis de choisir le sexe du médecin ni l'ancienneté d'installation. Beaucoup de jeunes médecins ont répondu au questionnaire (50,8%), contrairement aux médecins exerçant depuis plus de 30 ans (11,7%). Ceci peut être dû au fait que les jeunes médecins ayant été confrontés au travail de thèse il n'y a pas si longtemps se sentaient plus facilement concernés. Le fait que le questionnaire soit informatisé peut également avoir exclu certains médecins maîtrisant difficilement l'outil informatique, et donc probablement les médecins plus âgés.

La proportion féminine des médecins de l'échantillon est de 55%, alors qu'elle est de 46% dans la métropole. Les différences de pourcentage ne sont pas significatives ($p = 0,24$) (3).

D'autre part, il y a un biais de non-réponse : certains médecins généralistes n'ont pas souhaité recevoir le questionnaire ou de répondre, pensant que l'étude ne les concernait pas car ils ne faisaient aucun acte de gynécologie. Certains ont justifié ne pas pouvoir répondre au questionnaire par le manque de temps.

Concernant l'échantillonnage des internes en médecine générale, il y a un nombre de femmes beaucoup plus important que dans l'échantillon des médecins généralistes (76,3% contre 55%). Ceci s'explique par une augmentation de la proportion féminine chez les

étudiants en médecine ces dernières années. Il est connu que la profession médicale se féminise d'années en années. La proportion féminine des internes en médecine générale en France est aujourd'hui de 65% (23). Il n'y a pas de différence significative entre la proportion féminine de notre échantillon et celle de la métropole ($p = 0,47$). Le fait que le pourcentage de femmes dans notre étude est plus important que celui de la population médicale française peut s'en expliquer par le sujet : les femmes peuvent se sentir plus concernées par une question de gynécologie que les hommes. Une thèse réalisée par Sabrina Dias en Ile-De-France en 2010, montre que les femmes médecins généralistes ont une activité gynécologique plus importante que les hommes (1). Dans cette étude, il est montré que les femmes réalisent en moyenne 38 actes par mois de nature gynécologique contre 16 chez les hommes. Lucie Desmond met en évidence également une pratique plus fréquente de la gynécologie chez les femmes médecins généralistes, dans sa thèse sur l'analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre, réalisée en 2013 (24). Clélie Boutelier qui a réalisé sa thèse sur la prise en charge gynécologique de la femme par le médecin généraliste, de la région PACA en 2015, démontre que les femmes médecins généralistes sont plus nombreuses que les hommes à posséder un diplôme universitaire complémentaire en gynécologie, augmentant ainsi leur pratique de la spécialité (25). Dans son étude il est ressorti que les femmes médecins pratiquaient plus de Frotti-cervico-utérin (FCU) et prescrivaient plus souvent de première contraception que les hommes. Avec la féminisation de la profession de médecin généraliste, ces actes ne vont cesser d'augmenter dans les années à venir.

2. Discussion des résultats

2.1. Activité des médecins généralistes

En France, au premier janvier 2016 on comptait 3,2 gynécologues médicaux et obstétricaux pour 100 000 patientes de quinze ans et plus, 4,2 dermatologues pour 100 000 patients, contre 128 médecins généralistes pour 100 000 patients (3). On comprend ainsi le

rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes notamment le LSA, en collaboration avec les gynécologues et dermatologues, trop peu nombreux pour répondre aux besoins des patientes. Ce rôle est d'autant plus évident depuis que le médecin généraliste est devenu, après la loi du 13 août 2004, le pilier central de la médecine ambulatoire avec le dispositif de médecin traitant. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours des patientes. Par ailleurs, le délai moyen pour avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste est de 6 jours, contre à 68 jours en moyenne pour consulter un gynécologue et 64 pour un dermatologue (26). Selon les recommandations HAS (Haute Autorité de Santé), le médecin généraliste peut suivre les femmes enceintes jusqu'à la visite du 7^{ème} mois de grossesse en cas de grossesse non à risque (27). Il était même estimé qu'environ 60% des grossesses pourraient être suivies en médecine générale. De plus, le médecin généraliste suit des grossesses et il le fait bien : la qualité du suivi de grossesse par le médecin généraliste n'est pas différente de celle d'un spécialiste (28). Par ailleurs, le médecin généraliste connaît bien l'environnement culturel, social, familial et médical de la patiente, ce qui ne peut qu'améliorer sa prise en charge.

Il n'est donc pas étonnant de voir que seulement 7,5% des médecins de notre échantillon ne pratiquent jamais de gynécologie.

95,8% des médecins généralistes ont répondu pratiquer un examen gynécologique si une patiente se présentait avec une symptomatologie vulvaire. L'examen réalisé était l'inspection vulvaire. Les médecins n'effectuaient que pour la moitié d'entre eux un examen au spéculum et un toucher vaginal ; moins d'un quart effectuait un examen mammaire. D'après notre expérience personnelle, nous avons constaté que régulièrement, les médecins n'examinaient pas leurs patientes, moment pourtant indispensable au diagnostic de LSA, ce qui est contradictoire avec ce résultat. Cette discordance peut s'expliquer par un biais d'acquiescement, avec la tendance des médecins à répondre « oui » à la question, par souci d'être jugé ou de devoir se justifier. Une autre explication pourrait être un biais de recrutement à notre consultation, recevant les patientes toujours symptomatiques malgré une prise en charge, qui peut être le résultat d'un défaut d'examen clinique. Marie Brosset a réalisé son travail de thèse sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale (29). Les trois principaux

freins qui en sont ressortis sont la méconnaissance des patientes sur les compétences des médecins généralistes en gynécologie, le fait que les patientes sont suivies par d'autres professionnels (gynécologues médicaux, obstétriques, sages-femmes), et le rapport rémunération / temps passé pour la consultation et matériel utilisé qui semble défavorable à cet exercice. Ceci peut expliquer pourquoi les médecins généralistes n'effectuent pas l'examen gynécologique complet et se contentent de faire une inspection vulvaire lorsqu'une patiente se présente avec ce type de plainte. Les médecins manquent malheureusement de temps et n'ont pas toujours le matériel nécessaire pour réaliser un examen gynécologique complet (table gynécologique, speculum, pinces...). Les patientes ont aussi des difficultés à parler de leurs problèmes gynécologiques avec leur médecin généraliste, pensant que cela est hors de leurs compétences ou par gêne vis-à-vis de leur médecin de famille. Pour autant, les patientes les plus âgées ne consultent plus aussi souvent de gynécologue. Après 65 ans le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est plus recommandé. Les patientes pensent ne plus avoir la nécessité de consulter annuellement leur gynécologue. Leur seul interlocuteur est souvent leur médecin généraliste. De l'étude de Marie Brosset, le matériel trop couteux ou prenant trop de place, la gêne et l'inconfort du médecin généraliste générés par ces consultations, semblent être les deux points impactant le moins la pratique de la gynécologie par le médecin généraliste.

L'étude réalisée par Dias Sabrina montre que les jeunes médecins ont une pratique gynécologique plus importante que les médecins de plus de 40 ans (1). Ceci peut s'expliquer par le fait que le nombre de gynécologues était plus important il y a quelques années. Les médecins généralistes étaient peut-être moins sollicités. Dans un le travail de thèse d'Anne Ména réalisé en 2001, auprès des médecins de Haute Garonne et des Hautes Pyrénées, l'activité gynécologique la plus importante revenait aux médecins de plus de 50 ans (30). La formation des jeunes médecins en gynécologie est peut-être plus importante depuis l'instauration en 2004 de l'internat en médecine générale et le passage obligatoire pendant un semestre (ou demi-semestre) en gynécologie médicale et/ou obstétricale, les rendant plus à l'aise avec la spécialité. Dans notre étude on ne met pas en évidence de lien entre l'ancienneté d'installation et la fréquence de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Cependant, le nombre des médecins les plus âgés de notre échantillon est trop petit pour permettre de conclure de manière certaine.

Toujours dans l'étude de Sabrina Dias, on ne retrouve pas de lien entre l'activité gynécologique des médecins généralistes avec leur milieu d'exercice et la distance les séparant d'un gynécologue. Nous aurions pu penser que l'activité des médecins généralistes exerçant en milieu rural ou semi-rural aurait été plus importante du fait de la plus faible densité de gynécologues. Aucune différence significative n'est ressortie de notre étude à ce sujet ($p = 0,436$). La fréquence de l'activité gynécologique des médecins généraliste ne dépend pas de leur lieu d'installation.

Les femmes médecins généralistes ont tendance à avoir une pratique plus importante de la gynécologie que les hommes. Dans notre étude, on démontre une fréquence plus importante de la pratique de cette spécialité chez les femmes médecins, avec seulement 1,5% d'entre elles qui n'en pratiquent jamais contre 11,1% des hommes médecins. La différence est statistiquement significative ($p = 0,005$). 31,8% des femmes médecins ont une pratique régulière ou exclusive de la gynécologie contre seulement 14,8% des hommes ($p = 0,006$). Ceci vient s'ajouter aux différentes études déjà effectuées sur ce sujet, comme les thèses de Sabrina Dias, Clélie Boutelier et Lucie Desmond dont on parle un peu plus haut (1,24,25). Une étude réalisée par la DREES sur les attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse, met en évidence que les femmes sont plus enclines à réaliser ce type de suivi. Toutefois, cette différence disparaît parmi les générations des praticiens les plus jeunes et ne montre pas de différence significative entre les deux sexes chez les médecins de moins de 40 ans (31). Quel que soit leur âge, la grande majorité des médecins considèrent néanmoins que le suivi de la grossesse fait partie des missions du médecin généraliste.

De plus, il ressort dans plusieurs études que les patientes préfèrent être suivies par une femme pour ce qui concerne leur santé gynéco-obstétricale (32,33). La féminisation des médecins généralistes devrait donc faciliter le suivi gynécologique en médecine générale.

2.2. Le médecin généraliste et le lichen Scléro Atrophique (LSA)

2.2.1. Diagnostic du LSA

Le LSA est une dermatose inflammatoire chronique de la vulve qui affecte principalement les femmes en post-ménopause (7,34–36). La maladie affecte également les hommes et les enfants. Nous nous sommes intéressés dans cette étude au LSA de la femme et aux pratiques des médecins généralistes concernant cette maladie dermatogynécologique. Cette dermatose est relativement fréquente. Mais l'incidence réelle du LSA est inconnue et probablement sous-estimée, en partie en raison de la répartition des patientes parmi les différentes spécialités cliniques (médecins généralistes, gynécologues, dermatologues), du fait qu'il peut être asymptomatique, et du fait de la méconnaissance des praticiens quant à sa manifestation clinique. Le LSA touche en majorité les femmes en prépuberté et en post-ménopause (13). Ce sont deux pics d'âge où les patientes ne consultent pas encore ou plus aussi régulièrement le gynécologue : le médecin généraliste est donc en première ligne.

La lichénification correspond à des modifications de la peau. La portion cutanée de la vulve s'épaissit avec accentuation du quadrillage ; sa teinte se modifie. Cliniquement les lésions typiques se présentent par une vulve pâle, nacrée, pouvant être associée à des zones d'ecchymose. L'hyperkératose peut être une caractéristique importante avec une induration, un épaississement et une atrophie des reliefs. Il peut évoluer jusqu'à la fermeture des grandes lèvres. La muqueuse génitale est épargnée (contrairement au lichen plan). Le LSA peut survenir dû à l'effet de koebner, qui est l'apparition des lésions sur le trajet d'une cicatrice, notamment une cicatrice d'épisiotomie (7). Les médecins interrogés dans notre étude ont une bonne connaissance de ces signes cliniques, avec un taux de réponses positives à ces signes à plus de 55% pour une vulve épaisse et indurée, et un taux à plus de 80% pour une vulve pâle, nacrée et atrophique.

Chez la petite fille les lésions sont semblables à celles des femmes adultes mais l'ecchymose peut être très frappante et potentiellement confondu avec une lésion d'abus

sexuel (37). Les signes devant faire susciter des soupçons à cet égard comprennent le LSA survenant chez les anciennes pré-pubères, une mauvaise réponse au traitement ou la présence d'une IST associée.

Le LSA est une cause fréquente de prurit vulvaire chronique. Il en est le symptôme principal mais la douleur peut être présente, conséquence d'érosions ou de fissures (34). Cependant le LSA peut être entièrement asymptomatique et une découverte accidentelle lors d'un examen est possible. La dyspareunie est également un symptôme majeur, qui entraîne un retentissement fonctionnel non négligeable chez les patientes (14,15). Les femmes sont plus susceptibles de poser des questions sur ce sujet si elles se sentent à l'aise avec le médecin lors de la consultation. 94,2% des médecins interrogés dans notre étude sont conscients de cet impact chez les femmes souffrant d'un LSA. La sécheresse et le prurit vulvaire sont les deux autres symptômes suivant la dyspareunie, qui ressortent chez la majorité des médecins interrogés.

Les médecins de notre échantillon ont tendance à orienter les patientes chez qui un LSA est suspecté ou diagnostiqué, vers un spécialiste. Une préférence est portée au gynécologue (69,2%) au détriment du dermatologue (30%). Les 0,8% restant ne demandent aucun avis. Par ce biais, les médecins sont à la recherche d'une aide diagnostique, thérapeutique ou de la réalisation d'une biopsie. 4,2% des médecins interrogés estiment que la biopsie est inutile. Elle n'est effectivement pas indispensable si les caractéristiques cliniques sont typiques. Cependant l'examen histologique est conseillé s'il existe une incertitude diagnostique et il est obligatoire s'il y a une suspicion de transformation néoplasique. Une biopsie doit également être réalisée si le LSA ne répond pas au traitement (7). Sur le plan histologique, le LSA est confirmé par la présence d'une bande sclérohyaline du derme superficiel surmonté d'un infiltrat lymphocytaire et d'un épiderme souvent atrophique (38).

Les médecins interrogés dans notre étude ont le bon réflexe qui est d'adresser la patiente à un spécialiste. Il faut par ailleurs que ce spécialiste soit suffisamment entraîné et à l'aise avec cette pathologie. Les dermatologues ont plus l'habitude du LSA et sont mieux formés à cette maladie que les gynécologues. Or, comme le LSA a une prédilection génitale, les médecins généralistes adressent instinctivement les patientes plutôt vers un

gynécologue qu'un dermatologue. Cela peut expliquer pourquoi certaines patientes sont arrivées à notre consultation après avoir vu plusieurs spécialistes sans que le diagnostic ait pu être posé.

Dans certaines études il est mis en évidence que le LSA est parfois associé à des maladies auto-immunes, en particulier des dysthyroïdies (12,39). Leur recherche au moyen d'une prise de sang peut être utile. Il existe des preuves montrant que des mécanismes auto-immuns sont impliqués dans la pathogénèse du LSA. Il y a une incidence accrue d'anticorps spécifiques des tissus (8–10) ainsi qu'une association à des antigènes HLA de classe II (40,41). Le système HLA est connu pour être responsable de la synthèse des principaux antigènes d'histocompatibilité et est considéré comme un marqueur génétique du risque ou de la résistance de certaines maladies. Dans une étude il a été démontré que les patientes atteintes de LSA avaient une fréquence accrue de HLA-B21 et HLA-Dr7 (40). Cette constatation appuie davantage la suggestion selon laquelle un trouble du système immunitaire est impliqué dans l'origine du LSA.

La présence d'anticorps de protéines de matrice extra cellulaire circulantes apporte un soutien supplémentaire à une étiopathogénie immunitaire chez ces patientes. Une étude a montré que les anticorps IgG circulants de la protéine 1 de la glycoprotéine étaient présents chez 75% des patientes sélectionnées atteintes de LSA (11).

Un écouvillonnage n'est pas requis en routine mais peut être indiqué dans une maladie érosive pour exclure l'Herpès simplex ou un Candida. Il existe encore une controverse concernant l'implication de l'infection Borrelia en tant qu'agent étiologique. Bien que plusieurs études ont montré que cette association ne se produit pas aux Etats-Unis, certains doutes subsistent encore en Europe (42).

2.2.2. Traitement du LSA

Les dermocorticoïdes sont devenus le pilier du traitement médical du LSA. Il n'existe pas d'essais contrôlés randomisés comparant la fréquence d'application et la durée du traitement. Cependant le traitement de première intention est le propionate de clobétasol

topique (PCT) à base de corticostéroïde très puissant (ayant pour nom commercial le Dermoval®) (17,18,20). Le schéma thérapeutique recommandé est une application de PCT une fois par jour, le soir, pendant quatre semaines, puis un jour sur deux pendant quatre semaines, puis deux fois par semaine pendant encore quatre semaines. Il est ensuite conseillé de revoir la patiente après ces trois mois de traitement (19). Si le traitement réussit, l'hyperkératose, les ecchymoses, les fissures et les érosions s'amenuisent, voire disparaissent. Mais l'atrophie peut persister. Environ 60% des patientes connaissent une rémission complète de leurs symptômes (43). Pour les autres il est recommandé de poursuivre le PCT selon les besoins. La plupart des patientes atteintes de LSA persistant semblent nécessiter de 30 à 60g de PCT par an. Il n'y a pas de preuve significative montrant qu'une utilisation à long terme du PCT entraîne des effets indésirables chez les patientes ni une augmentation de l'incidence de CE. Il existe une étude d'une durée de 12 mois montrant la sécurité d'emploi de la poursuite de ce traitement (44). Une étude utilisant le furoate de mométasone (Elocom®) moins puissant, a montré que cela était également efficace dans la prise en charge du LSA (45).

Une étude prospective ouverte de 34 patientes ménopausées atteintes de LSA, a démontré que l'utilisation d'un émollient en plus du dermocorticoïde pendant la phase initiale du traitement, puis comme traitement d'entretien, est très bénéfique (46).

Le LSA affecte de manière prédominante la région génitale des femmes ménopausées ou prépubères, ce qui suggère une influence hormonale. Pourtant ni la grossesse ni l'hormonothérapie ne semble avoir un effet sur la maladie. Il n'y a pas de preuve d'une quelconque efficacité de la testostérone topique (17,47,48). Cependant, une étude a montré le bénéfice d'associer aux dermocorticoïdes de la progestérone topique (49).

L'aspect lichenifié de la peau peut gêner au diagnostic d'une dermatose sous-jacente, comme une candidose. Ces deux maladies peuvent être intriquées. A l'instauration du dermocorticoïde, il est nécessaire d'associer un mois d'antifongique afin d'éviter toute aggravation candidosique (38)

Les médecins de notre échantillon prescrivent principalement des dermocorticoïdes (80%). Un cinquième des médecins interrogés ne prescrivent donc pas le traitement de référence du LSA. Une partie ne prescrit aucun traitement, et adresse la patiente à un

spécialiste, lui laissant le choix de la prise en charge. Les autres médecins ne prescrivant pas de dermocorticoïdes, préfèrent un émollient et/ou un traitement topique hormonal. Quelques-uns ajoutent un traitement antifongique. L'émollient est fréquemment prescrit dans notre échantillon puisque 76,7% des médecins interrogés disent en prescrire. La crème hormonale est prescrite par 36,7% des médecins de l'échantillon (68% étant des hommes).

La durée de traitement est très hétérogène au sein de notre échantillon. La poursuite du traitement pour une durée de six mois est celle qui en ressort principalement (avec 38,3% des médecins). Bien que 96,7% des médecins interrogés ont répondu que le LSA était une maladie chronique, seulement 21,7% ont répondu que le traitement de cette maladie devait être à vie, et 35% qu'un mois de traitement était suffisant.

D'autres thérapeutiques peuvent être envisagées, mais jamais en première intention. Les inhibiteurs de la calcineurine (tel que le tacrolimus topique et le pimecrolimus) ont été étudiés sur des petites séries de patientes atteintes de LSA (50,51). Bien qu'une amélioration des symptômes ait été notée, le profil de sécurité d'utilisation de ce traitement à long terme n'est pas établi. Il existe des risques accrus de néoplasie (52,53). Des cas de CE chez les patientes ayant utilisé ces traitements ont été décrits (54,55).

Les agents immunosuppresseurs (tels que la ciclosporine et le méthotrexate) ont également montré leur efficacité. Une étude a montré que la ciclosporine topique n'a pas d'effet bénéfique clinique ou histologique (56). Cependant, la ciclosporine orale a montré une efficacité pour réduire les symptômes et les érosions chez des patientes réfractaires aux dermocorticoïdes (57).

Les rétinoïdes topiques ont également été testés (58,59). Il existe des preuves de leur effet dans la maladie hyperkératique et hypertrophique ne répondant pas aux dermocorticoïdes de première intention.

La prise en charge chirurgicale est réservée à la prise en charge des tumeurs malignes et lésions dysplasiques (VIN).

La cryothérapie et la photothérapie par laser ont permis une amélioration des symptômes chez des patientes ayant un LSA résistant aux dermocorticoïdes (60,61).

2.2.3. Complications du LSA

La grande majorité des médecins interrogés ont répondu que la principale complication du LSA était une inflammation chronique de la vulve avec un retentissement fonctionnel conséquent chez ces patientes (93,3%). En effet, un LSA résistant au traitement ou tout simplement non traité, va entraîner des adhérences, des sténoses, allant jusqu'au rétrécissement du vestibule vulvaire et la fermeture des grandes lèvres. Cela cause ainsi une dyspareunie importante et des difficultés à la miction (14,15) avec les troubles psychosexuels qui en découlent. Des dysesthésies avec vestibulodynie et vulvodynie peuvent aussi survenir suite à ce phénomène inflammatoire chronique. Typiquement, la patienta reste symptomatique malgré une amélioration clinique objective ou une résolution des lésions cutanées. Cette douleur neuropathique ne répond pas aux dermocorticoïdes. Il est recommandé d'appliquer de la pommade de lidocaïne, en ajoutant des médicaments oraux antalgiques, comme un antidépresseur tricyclique. Parfois, les débris kératiniques se forment sous un pseudokyste douloureux du clitoris. La prise en charge en est chirurgicale.

Une grande partie des médecins de notre échantillon (86.7%) ont répondu que l'évolution du LSA pouvait se faire vers une néoplasie intra-épithéliale vulvaire (VIN), puis vers un CE en cas de LSA non traité. Effectivement, le LSA est le principal précurseur du CE vulvaire (38). Il y a deux mécanismes pathogéniques du CE : chez les femmes jeunes, le CE est associé au papilloma virus humain oncogène (HPV), et chez les femmes plus âgées, il est l'évolution d'une dermatose cicatricielle chronique telle que le LSA, le lichen plan ou la maladie de Bowen. (62). Alors que les néoplasies cervicales sont liées pour près de 100% à l'HPV, seulement 30 à 40% des cancers invasifs de la vulve sont liés à l'infection par ces virus ; les autres étant liés à l'évolution d'une dermatose telle que le LSA (63). Le risque de transformation maligne d'un LSA en CE est faible (inférieur à 5%) (13,64,65). Cependant, l'examen histopathologique des CE vulvaires indique qu'environ 60 à 70% surviennent dans le contexte d'un LSA (38,66–68). Le VIN est le précurseur du CE invasif de la vulve. L'incidence des VIN est en augmentation depuis quelques années dans les pays industrialisés (augmentation de 2.4% par an). Il semble être favorisé par le tabagisme et touche préférentiellement les femmes jeunes. En pratique, toute zone leucoplasique et/ou ulcérée, fixe, infiltrée et rebelle aux dermocorticoïdes puissants doit

faire penser à une transformation vers un VIN et être biopsiée (69). Malgré un traitement adéquat, son taux de transformation maligne vers un CE invasif est de 3 à 7%. Il est donc important d'en faire le dépistage chez les patientes suivies pour un LSA.

En outre, si le traitement médical peut entraîner une rémission complète du LSA, la guérison n'est pas possible. Pourtant 61,7% des médecins interrogés dans notre étude, pensent que la guérison du LSA est possible. Cela peut entraîner un défaut de suivi de ces patientes.

2.2.4. Suivi du LSA

Le risque d'évolution vers la malignité d'un LSA non compliqué et correctement traité est très faible. Il est suggéré deux visites de suivi après la consultation initiale : la première à trois mois pour évaluer la réponse aux dermocorticoïdes et s'assurer que la patiente utilise correctement le traitement, la deuxième à six mois pour contrôler la bonne évolution. Une visite annuelle est ensuite recommandée afin de dépister une transformation maligne et s'assurer de l'absence de retentissement fonctionnel, car les rechutes sont fréquentes et pas toujours symptomatiques. Il est important également de signaler à la patiente de reconsulter son médecin généraliste s'il apparaît des zones d'érythème, d'ulcération ou de nouvelle croissance bien définie, pour que celui-ci l'adresse au spécialiste approprié (21,22). Dans ce cas de figure, une biopsie sera alors à réaliser pour éliminer l'apparition d'un VIN.

95% des médecins interrogés effectuent une surveillance clinique régulière de leurs patientes atteintes de LSA et 2,5% n'en font aucune. La biopsie ne devrait pas être utilisée pour surveiller la régression du LSA. La diminution des symptômes de la patiente est le premier signe prouvant que le traitement médical est efficace. La biopsie n'a de rôle qu'en cas de doute sur une transformation maligne ou lorsque que le traitement de premier recours n'est pas efficace. Ceci contraste avec les médecins de notre échantillon puisque 12,5% d'entre eux demandent tout de même un contrôle biopsique pour s'assurer de la disparition des lésions.

2.2.5. Comparaison Médecins-Internes

Nous avons pu constater que les conduites des internes en médecine générale et des médecins généralistes diffèrent sur plusieurs points.

Les médecins généralistes demandent plus facilement un avis spécialisé par rapport aux internes. Cela est-il dû au fait que les internes pratiquent un stage en gynécologie de trois à six mois et ainsi, se sentent plus à l'aise avec la spécialité ? Ou le fait qu'ils ne sont pas encore habitués à l'exercice libéral ? En effet, celui-ci est bien différent de l'exercice hospitalier.

Lorsqu'un avis spécialisé est demandé, les internes sont à la recherche principalement d'une aide à la prescription d'un traitement et d'un suivi, alors que les médecins généralistes vont plutôt rechercher un appui biopsique, et par ce biais un diagnostic. Cela peut s'expliquer par le fait que l'apprentissage thérapeutique ne prend qu'une petite part des nombreux cours au programme de l'ECN (Epreuves Classantes Nationales) et des études médicales. En effet sur 345 items, seulement 16 sont consacrés à la prise en charge thérapeutique (70). L'apprentissage se fait donc sur le terrain et chacun fait sa propre expérience au fil des mois puis des années.

La prise en charge thérapeutique médicamenteuse est comparable dans les deux groupes (internes et médecins) concernant le traitement de première intention (les dermocorticoïdes). Les médecins généralistes prescrivent plus fréquemment une crème hormonale que les internes en association aux dermocorticoïdes. Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes médecins sont formés, de par leurs études et les ECN à suivre les recommandations, et n'ont pas encore l'expérience du « cas-par-cas ». Les crèmes hormonales sont un traitement adjuvant au traitement de référence. Elles améliorent certains symptômes du LSA, mais n'en permettent pas sa rémission. Ceci peut également s'expliquer par le manque d'expérience de l'exercice libéral des internes pour qui la majorité des études se fait en centre hospitalier.

La série de photos montre que les médecins reconnaissent mieux les lésions de LSA que les internes sans différence significative. A l'inverse, les internes reconnaissent mieux

les lésions d'herpès et de psoriasis que les médecins, sans différence significative. L'herpès génital et le psoriasis possèdent leur propre item au sein du programme de l'ECN, expliquant que les lésions soient frappantes pour les internes. Le LSA n'est pas étudié pendant le deuxième cycle des études médicales. Il ne peut être appris que sur le terrain. On se rend compte, par cette étude, que le fait de passer un semestre en gynécologie ne permet pas aux internes d'être mieux formés que les médecins généralistes sur le LSA. Les terrains de stages sont très différents, et en milieu hospitalier les internes sont souvent seuls lorsqu'ils examinent des patientes. Les terrains de stage les plus intéressants pour se former sur cette pathologie sont ceux ayant lieu en cabinet libéral de gynécologie, où l'activité se rapproche le plus de notre futur exercice. Malheureusement, ces terrains de stage sont trop peu nombreux.

Le fait que seulement 11,5% des internes disent avoir déjà vu un LSA contre 40% des médecins généralistes nous conforte dans ce sens.

2.3. Proposition de solutions

Dans plusieurs pays, l'organisation du système de soins est beaucoup plus cadrée qu'en France. Au Royaume-Uni (71), le médecin généraliste prodigue les soins de premier niveau et sert de filtre au système hospitalier. L'accès aux spécialistes est subordonné au référencement d'un médecin généraliste. Il en est de même aux Pays-Bas (72). Ces deux pays donnent au médecin généraliste le rôle d'un véritable « gate-keeper » à l'égard du système hospitalier, étant responsables des soins primaires.

Faut-il proposer une réorganisation du système de soins français ? Logique et compréhensible par tous, médecins et patients. Une information claire sur le rôle et les compétences des médecins généralistes est nécessaire. Aujourd'hui, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie privilégie peu le rôle central de premier recours du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie. Le gynécologue peut être consulté sans passer par le médecin traitant pour certains soins (examen gynécologique périodique, actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi de grossesse et l'IVG

médicamenteuse) (73) mais cela n'empêche pas les patientes de consulter leur gynécologue pour d'autres raisons, comme des douleurs pelviennes, métrorragies ou problèmes vulvaires. Cette organisation de soins peut être en partie liée à la méconnaissance des compétences des médecins généralistes par les patientes. Elle peut également être à l'origine d'une errance médicale des patientes vis-à-vis du LSA. Lorsqu'elles ont une symptomatologie vulvaire, les patientes vont plutôt avoir recours au gynécologue. Souvent quand un traitement ne marche pas, la patiente préfère consulter un autre spécialiste. Elle s'adresse donc à un autre gynécologue qui ne sera peut-être pas au courant de la première ligne de traitement qui aura déjà été mise en place. Si la patiente commençait par en parler à son médecin traitant, il y aurait probablement moins d'errance médicale. Il déciderait à quel spécialiste adresser la patiente, et serait au courant de l'avancée diagnostique et thérapeutique. Il pourrait également l'adresser à un dermatologue (puisque le recours à ce spécialiste nécessite un courrier du médecin traitant pour être dans le parcours de soins coordonnés). Un sondage de l'institut BVA en 2008 (74), commandé par la FNCGM (Fédération des Collèges de Gynécologie Médicale), présentait que 91% des femmes considéraient que les médecins généralistes étaient moins compétents que les gynécologues dans le suivi gynécologique et que seulement 20% d'entre elles pensaient que les généralistes étaient suffisamment formés pour assurer ce suivi. Il paraît essentiel que les patientes prennent conscience des compétences de leur médecin généraliste afin de se tourner plus facilement vers lui.

D'autre part, l'idée d'organiser des formations communes aux gynécologues et médecins généralistes a émergé, permettant de promouvoir la coordination des soins entre ces deux spécialités (75). Pour que ce travail en commun puisse prendre toute sa place, le partage d'informations grâce au dossier médical partagé paraît nécessaire, mais ceci n'est pas à l'ordre du jour car il entraîne beaucoup trop de questions éthiques. Quoiqu'il en soit, la masse de travail qui incombe aux médecins généralistes et aux spécialistes rend difficile la mise en place de ces formations groupées.

La formation en gynécologie des jeunes étudiants en médecine est aujourd'hui beaucoup plus poussée. Cela permet à la jeune génération de médecins d'être plus à l'aise avec la spécialité. Ce n'est pas le cas avec la dermatologie où très peu de terrains de stage

sont proposés. La formation des internes est encore trop orientée vers l'exercice hospitalier et trop peu vers la pratique en ambulatoire. Il serait intéressant d'augmenter les possibilités de stages en ambulatoire pour améliorer la formation des internes en médecine générale. Celle-ci se rapprochant plus de la future pratique de ces jeunes médecins.

Avec l'avancée technologique et l'arrivée de la télé-médecine, il serait intéressant de pouvoir généraliser une plateforme sécurisée, où les médecins généralistes pourraient poster en ligne des photos avec l'accord de la patiente, pour qu'un dermatologue puisse inspecter les lésions et donner une conduite à tenir. Des expériences sont en cours notamment chez les médecins libéraux du Centre avec un retour plutôt positif (76). Les généralistes avaient une réponse rapide à leur demande. Cela permettrait de sélectionner les patients qui avaient besoin d'une consultation urgente, et de donner une conduite à tenir pour les autres. Les patients étaient ravis. Il y aurait grand intérêt à étendre ce système, en particulier en milieu rural où l'accès aux spécialistes est extrêmement long. Et on voit aussi par cette étude que cela pourrait être bénéfique en milieu urbain.

V. CONCLUSION

La pratique de la gynécologie fait partie intégrante de l'activité de médecine générale. Le médecin généraliste devenu le référent pour les patientes est l'acteur principal des soins primaires. De nombreux facteurs tendent à accroître la place du médecin généraliste dans la prise en charge du suivi et des premiers soins en gynécologie des femmes : la féminisation de la profession, la pénurie annoncée des gynécologues médicaux. Mais la formation universitaire, bien qu'ayant évolué, paraît encore insuffisante et peut être encore améliorée. Une augmentation des postes des stages en ambulatoire de gynécologie serait une première étape.

Il est important que le médecin généraliste conforte sa place dans le suivi de la santé des femmes. Il ne s'agit pas là de le substituer au gynécologue mais de lui donner un rôle de première ligne. Grâce à sa plus grande disponibilité, le généraliste est capable de prendre en charge plus rapidement les problèmes gynécologiques.

Le médecin généraliste a donc tout à fait sa place dans la prise en charge du LSA non compliqué. Ainsi, l'avis du spécialiste, dermatologue ou gynécologue, ne viendrait qu'en cas de doute diagnostique, mauvaise réponse au traitement, ou de suspicion de transformation maligne. Une biopsie serait alors à envisager.

Le LSA est une dermatose à diagnostic clinique. Il est donc indispensable que les médecins généralistes réalisent un examen clinique de leurs patientes. Le diagnostic n'est pas évident et il est susceptible d'évoluer vers une transformation maligne. Le traitement est simple : dermocorticoïdes très puissants (Propionate de chlobetasol topique (PCT) ou Dermoval®). La plupart du temps ce traitement permet une rémission complète des symptômes et des lésions. Le suivi au long court est important pour dépister la transformation maligne du LSA.

La prise en charge des patientes atteintes de LSA est à améliorer :

- en informant les patientes sur les compétences en gynécologie de leurs médecins généralistes,
- en les informant des conséquences du nomadisme médical (souvent secondaire à un échec de traitement),
- en insistant auprès des médecins sur l'importance de l'examen clinique gynécologique,
- en réalisant des formations groupées inter-spécialités,
- et en instaurant des plateformes sécurisées de télémédecine permettant un échange simple et rapide entre les médecins généralistes et les dermatologues.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. 3432_THESE-DIAS.pdf [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
2. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. QUEL AVENIR ? SOMMAIRE [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut
3. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. Nombre de Postes et Rangs en Gynécologie médicale pour l'examen national classant (ENC) 2016 [Internet]. Remede.org. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
5. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
6. CNGOF EN DIRECT 66 - Gynécologie médicale [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_66.HTM
7. Neill S m., Lewis F m., Tatnall F m., Cox N h. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. Br J Dermatol. 1 oct 2010;163(4):672-82.
8. Dickie RJ, Horne CH, Sutherland HW, Bewsher PD, Stankler L. Direct evidence of localised immunological damage in vulvar lichen sclerosus et atrophicus. J Clin Pathol. déc 1982;35(12):1395-7.
9. Carli P, Cattaneo A, Pimpinelli N, Cozza A, Bracco G, Giannotti B. Immunohistochemical evidence of skin immune system involvement in vulvar lichen sclerosus et atrophicus. Dermatologica. 1991;182(1):18-22.
10. Farrell AM, Dean D, Charnock FM, Wojnarowska F. Do plasminogen activators play a role in lichen sclerosus? Clin Exp Dermatol. juill 2000;25(5):432-5.
11. Chan I, Oyama N, Neill SM, Wojnarowska F, Black MM, McGrath JA. Characterization of IgG autoantibodies to extracellular matrix protein 1 in lichen sclerosus. Clin Exp Dermatol. sept 2004;29(5):499-504.
12. Birenbaum DL, Young RC. High prevalence of thyroid disease in patients with lichen sclerosus. J Reprod Med. janv 2007;52(1):28-30.

13. Wallace HJ. Lichen sclerosus et atrophicus. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc.* 1971;57(1):9-30.
14. Marin MG, King R, Dennerstein GJ, Sfameni S. Dyspareunia and vulvar disease. *J Reprod Med.* nov 1998;43(11):952-8.
15. Dalziel KL. Effect of lichen sclerosus on sexual function and parturition. *J Reprod Med.* mai 1995;40(5):351-4.
16. Ramli I, Hassam B. Carcinome épidermoïde vulvaire: pourquoi surveiller un lichen scléro-atrophique. *Pan Afr Med J [Internet].* 22 mai 2015 [cité 8 août 2017];21. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564427/>
17. Belsante MJ, Selph JP, Peterson AC. The contemporary management of urethral strictures in men resulting from lichen sclerosus. *Transl Androl Urol.* févr 2015;4(1):22-8.
18. Lorenz B, Kaufman RH, Kutzner SK. Lichen sclerosus. Therapy with clobetasol propionate. *J Reprod Med.* sept 1998;43(9):790-4.
19. Lagos BR, Maibach HI. Frequency of application of topical corticosteroids: an overview. *Br J Dermatol.* nov 1998;139(5):763-6.
20. Dalziel KL, Millard PR, Wojnarowska F. The treatment of vulval lichen sclerosus with a very potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Br J Dermatol.* mai 1991;124(5):461-4.
21. Jones RW, Scurry J, Neill S, MacLean AB. Guidelines for the follow-up of women with vulvar lichen sclerosus in specialist clinics. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2008;198(5):496.e1-3.
22. Balasubramaniam P, Lewis FM. Long-term follow-up of patients with lichen sclerosus: does it really happen? *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* avr 2007;27(3):282.
23. Gouv_Note_24_def.indd - NI_MESR_14_01_303588.pdf [Internet]. [cité 18 août 2017]. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2014/58/8/NI_MESR_14_01_303588.pdf
24. 2013_Medecine_DesmondLucie - 2013_Medecine_DesmondLucie.pdf [Internet]. [cité 18 août 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DesmondLucie.pdf
25. Boutelier C. Thèse - Prise en charge gynécologique de la femme par le médecin généraliste.
26. Renault M-C. Médecins : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région. *Le Figaro.* 23 mars 2017;
27. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

28. Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Ou qu'est-ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ? | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/165393/>
29. Brosset M. Thèse - Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynécologique-obstétricale : une étude quantitative.
30. Ména A. Prise en charge de la gynécologie et de l'obstétrique en cabinet de médecine générale, Thèse, Anne Mena, Toulouse, 2001 p 173.
31. er977.pdf [Internet]. [cité 21 août 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
32. Lanne O, Mercier A, Université de Rouen, Faculté de médecine et de pharmacie. La gynécologie en médecine générale le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes. [S.l.]: [s.n.]; 2009.
33. Braun-Grinfeder V. Suivi gynécologique des femmes en médecine générale : étude auprès de 345 patientes issues de 33 cabinets de médecine générale en Aquitaine [Internet] [thesis]. 2005 [cité 22 août 2017]. Disponible sur: https://babordplus.u-bordeaux.fr/notice.php?q=%22Femmes%20-%20Sant%C3%A9%20et%20hygi%C3%A8ne%20-%20Th%C3%A8ses%20et%20C3%A9crits%20acad%C3%A9miques%22&spec_expand=&sort_define=score&sort_order=1&rows=10&start=3
34. Ganovska A, Kovachev S, Nikolov A. [Diagnosis and treatment of lichen sclerosus--review]. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2014;53(4):32-9.
35. Manolova G, Pehlivanov G, Bakardzhiev I, Saleva M, Yungareva I, Lozanova P, et al. [Lichen sclerosus--clinical and therapeutic aspects]. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2014;53(1):35-9.
36. Ridley CM. Lichen sclerosus et atrophicus. *Br Med J Clin Res Ed*. 21 nov 1987;295(6609):1295-6.
37. Wood PL, Bevan T. Lesson of the week Child sexual abuse enquiries and unrecognised vulval lichen sclerosus et atrophicus. *BMJ*. 2 oct 1999;319(7214):899-900.
38. Prurit vulvaire aigu et chronique : quelle étiologie ? | Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/prurit-vulvaire-aigu-et-chronique-quelle-etologie>
39. Guarneri F, Giuffrida R, Di Bari F, Cannavò SP, Benvenga S. Thyroid Autoimmunity and Lichen. *Front Endocrinol* [Internet]. 27 juin 2017 [cité 1 août 2017];8. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5484774/>
40. Sideri M, Rognoni M, Rizzolo L, Micheletti L, Barbero M, Origoni M, et al. Antigens of the HLA system in women with vulvar lichen sclerosus. Association with HLA-B21. *J Reprod Med*. juin 1988;33(6):551-4.

41. Powell J, Wojnarowska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosus premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol.* mars 2000;142(3):481-4.
42. Fujiwara H, Fujiwara K, Hashimoto K, Mehregan AH, Schaumburg-Lever G, Lange R, et al. Detection of *Borrelia burgdorferi* DNA (*B garinii* or *B afzelii*) in morphea and lichen sclerosus et atrophicus tissues of German and Japanese but not of US patients. *Arch Dermatol.* janv 1997;133(1):41-4.
43. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15210461>
44. Diakomanolis ES, Haidopoulos D, Syndos M, Rodolakis A, Stefanidis K, Chatzipapas J, et al. Vulvar lichen sclerosus in postmenopausal women: a comparative study for treating advanced disease with clobetasol propionate 0.05%. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23(6):519-22.
45. Cattaneo A, De Magnis A, Botti E, Sonni L, Carli P, Taddei GL. Topical mometasone furoate for vulvar lichen sclerosus. *J Reprod Med.* juin 2003;48(6):444-8.
46. Vulvar lichen sclerosus: effect of maintenance treatment with a moisturizer on the course of the disease. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603391>
47. Sideri M, Origoni M, Spinaci L, Ferrari A. Topical testosterone in the treatment of vulvar lichen sclerosus. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* juill 1994;46(1):53-6.
48. Bornstein J, Heifetz S, Kellner Y, Stolar Z, Abramovici H. Clobetasol dipropionate 0.05% versus testosterone propionate 2% topical application for severe vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol.* janv 1998;178(1 Pt 1):80-4.
49. Jasionowski EA, Jasionowski PA. Further observations on the effect of topical progesterone on vulvar disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juill 1979;134(5):565-7.
50. Oskay T, Sezer HK, Genç C, Kutluay L. Pimecrolimus 1% cream in the treatment of vulvar lichen sclerosus in postmenopausal women. *Int J Dermatol.* mai 2007;46(5):527-32.
51. Multicentre, phase II trial on the safety and efficacy of topical tacrolimus ointment for the treatment of lichen sclerosus. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17034535>
52. Becker JC, Houben R, Vetter CS, Bröcker EB. The carcinogenic potential of tacrolimus ointment beyond immune suppression: a hypothesis creating case report. *BMC Cancer.* 11 janv 2006;6:7.
53. Bunker CB, Neill S, Staughton RCD. Topical Tacrolimus, Genital Lichen Sclerosus, and Risk of Squamous Cell Carcinoma. *Arch Dermatol.* 1 sept 2004;140(9):1169-1169.
54. Fischer G, Bradford J. Topical immunosuppressants, genital lichen sclerosus and the risk of squamous cell carcinoma: a case report. *J Reprod Med.* avr 2007;52(4):329-31.

55. Edey K, Bisson D, Kennedy C. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosus. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* déc 2006;113(12):1482; author reply 1482-1483.
56. Carli P, Cattaneo A, Taddei G, Giannotti B. Topical Cyclosporine in the Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: Clinical, Histologic, and Immunohistochemical Findings. *Arch Dermatol.* 1 nov 1992;128(11):1548-9.
57. Bulbul Baskan E, Turan H, Tunali S, Toker SC, Saricaoglu H. Open-label trial of cyclosporine for vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol.* août 2007;57(2):276-8.
58. Open study of topical 0.025% tretinoin in the treatment of vulvar lichen sclerosus. One year of therapy. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576875>
59. Mørk NJ, Jensen P, Hoel PS. Vulval lichen sclerosus et atrophicus treated with etretinate (Tigason). *Acta Derm Venereol.* 1986;66(4):363-5.
60. Kastner U, Altmeyer P. [Cryosurgery--the last resort or a surgical alternative in the treatment of lichen sclerosus et atrophicus of the vulva (LSAV)?]. *J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG.* mars 2003;1(3):206-11.
61. Zawislak AA, McCluggage WG, Donnelly RF, Maxwell P, Price JH, Dobbs SP, et al. Response of vulval lichen sclerosus and squamous hyperplasia to photodynamic treatment using sustained topical delivery of aminolevulinic acid from a novel bioadhesive patch system. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* avr 2009;25(2):111-3.
62. Un peu de pathologie vulvaire | Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/un-peu-de-pathologie-vulvaire>
63. Dysplasie et carcinomes vulvaires | Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/dysplasie-et-carcinomes-vulvaires>
64. Hart WR, Norris HJ, Helwig EB. Relation of lichen sclerosus et atrophicus of the vulva to development of carcinoma. *Obstet Gynecol.* avr 1975;45(4):369-77.
65. Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen Sclerosus: Review of the Literature and Current Recommendations for Management. *J Urol.* 1 déc 2007;178(6):2268-76.
66. Leibowitch M, Neill S, Pelisse M, Moyal-Baracco M. The epithelial changes associated with squamous cell carcinoma of the vulva: a review of the clinical, histological and viral findings in 78 women. *Br J Obstet Gynaecol.* déc 1990;97(12):1135-9.
67. Walkden V, Chia Y, Wojnarowska F. The association of squamous cell carcinoma of the vulva and lichen sclerosus: implications for management and follow up. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* nov 1997;17(6):551-3.
68. Vilmer C, Cavelier-Balloy B, Nogues C, Trassard M, Le Doussal V. Analysis of alterations adjacent to invasive vulvar carcinoma and their relationship with the associated carcinoma: a study of 67 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1998;19(1):25-31.

69. Néoplasies intraépithéliales de la vulve | Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/neoplasies-intraepitheliales-de-la-vulve>
70. Programme officiel de l'ECN | Examen Classant National Médecine [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/programme-officiel-ecn#module11>
71. Microsoft Word - pagedegarde.doc - 034000090.pdf [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>
72. RAPPORT RELATIF AUX DROITS A L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE, A L'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL ET AU RECOUVREMENT DES PENSIO... - 024000475.pdf [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000475.pdf>
73. Consultations en métropole : vos remboursements [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
74. TG399_Rapport_maquette V3.xls - bva_synthese.pdf [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: http://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva_synthese.pdf
75. Yumpu.com. Santé de la Femme et Soins de Premier Recours. - Anesf [Internet]. yumpu.com. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/21622002/sante-de-la-femme-et-soins-de-premier-recours-anesf>
76. Télé-dermatologie : retours d'expérience plutôt positifs [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actions/214-tele-dermatologie-retours-d-experience-plutot-positifs>

VII. ANNEXES

1. Tableaux statistiques

Tableau I.

Caractéristiques des Médecins généralistes et internes en médecine générale

	n (%)
<u>Effectif</u>	251 (100%)
Femmes	166 (66,1%)
Hommes	85 (33,9%)
Médecins généralistes	120 (47,8%)
Internes en médecine générale	131 (52,2%)
<u>Médecins généralistes</u>	120 (100%)
Sexe	
Femmes	66 (55%)
Hommes	54 (45%)
<i>Lieu d'installation</i>	
Rural	15 (12,5%)
Semi Rural	38 (31,6%)
Urbain	67 (55,8%)
<i>Durée d'installation</i>	
<10ans	61 (50,8%)
10-20 ans	22 (18,3%)
20-30ans	23 (19,2%)
>30ans	14 (11,7%)
<i>Pratique de la gynécologie</i>	
Exclusivement	1 (0,8%)
Régulièrement	26 (21,6%)
Occasionnellement	84 (70%)
Jamais	9 (7,5%)
<u>Interne en médecine générale</u>	131 (100%)
Sexe	
Femmes	100 (76,3%)
Hommes	31 (23,7%)
<i>Semestre</i>	
1er	3 (2,3%)
2ème	1 (0,8%)
3ème	46 (35,1%)
4ème	8 (6,1%)
5ème	55 (42%)
6ème	18 (13,7%)

Tableau II**Pratique des médecins généralistes devant une symptomatologie vulvaire en fonction du sexe**

	Total	Femme	Homme	
	120	66	54	
	n(%)	n(%)	n(%)	p
Examen clinique				
Jamais	5 (4,2%)	1 (1,5%)	4 (7,4%)	0,11
Parfois	63 (52,5%)	28 (42,4%)	35 (64,8%)	0,015*
Toujours	52 (43,3%)	37 (56,1%)	15 (27,8%)	0,002*
Inspection vulvaire	115 (95,8%)	65 (98,5%)	50 (93%)	0,11
Examen au speculum	69 (57,5%)	43 (65,2%)	26 (48,1%)	0,125
Toucher vaginal	60 (50%)	40 (60,6%)	20 (37%)	0,022*
Examen des seins	21 (17,5%)	13 (19,7%)	8 (14,8%)	0,582

Commentaires : pas d'examen gynécologique poussé si a déjà été fait dans l'année écoulée (speculum, toucher vaginal, examen des seins) pour certains médecins généralistes

Tableau III**Pratiques des médecins généralistes devant un Lichen scléro atrophique selon le sexe**

	Femme 66 n(%)	Homme 54 n(%)	p
Biopsie			
Inutile	2 (3%)	3 (5,6%)	0,49
Parfois nécessaire	44 (66,7%)	39 (72,2%)	0,51
Systématique	20 (30,3%)	12 (22,2%)	0,35
Avis spécialisé			
Systématique	56 (84,9%)	50 (92,6%)	0,19
Parfois	9 (13,6%)	3 (5,5%)	0,14
Jamais	1 (1,5%)	1 (1,9%)	0,89
Avis spécialisé			
Dermatologue	22 (33,3%)	14 (25,9%)	0,38
Gynécologue	43 (65,2%)	39 (72,2%)	0,41
Aucun	1 (1,5%)	1 (1,9%)	0,89
Avis spécialisé pourquoi ?			
Diagnostic	61 (92,4%)	52 (96,3%)	0,37
Traitement	60 (90,9%)	52 (96,3%)	0,24
Biopsie	53 (80,3%)	37 (68,5%)	0,14
Traitement prescrit			
Emollient	54 (81,8%)	38 (70,4%)	0,14
Anti mycosique	5 (7,6%)	4 (7,4%)	0,97
Dermocorticoïde	56 (84,8%)	40 (74,1%)	0,14
Crème hormonale	14 (21,2%)	30 (55,6%)	<0,001*
Durée du traitement			
Une semaine	2 (3%)	4 (7,4%)	0,27
Un mois	23 (34,9%)	19 (35,2%)	0,97
6 mois	29 (43,9%)	17 (31,5%)	0,16
A vie	12 (18,2%)	14 (25,9%)	0,3
Surveillance			
Clinique	64 (97%)	50 (92,6%)	0,27
Biopsies régulières	7 (10,6%)	8 (14,8%)	0,49
Aucune	5 (7,6%)	3 (5,6%)	0,66
Déjà vu ?			
Oui	28 (42,4%)	20 (37%)	0,55
Non	38 (57,6%)	34 (63%)	0,55

Tableau IV**Analyse du savoir des médecins généralistes face au lichen Scléro Atrophique**

	Femme 66 n(%)	Homme 54 n(%)	p
Signes fonctionnels			
prurit	54 (81,8%)	35 (64,8%)	0,03*
douleur	38 (57,6%)	36 (66,7%)	0,31
brulure	42 (63,6%)	32 (59,3%)	0,62
odeur nauséabonde	0 (0%)	2 (3,7%)	0,11
sècheresse vulvaire	61 (92,4%)	47 (87,0%)	0,33
dyspareunie	62 (93,9%)	51 (94,4%)	0,91
saignements	17 (25,8%)	19 (35,2%)	0,26
Signes Physiques			
Vulve rouge	9 (13,6%)	9 (16,7%)	0,64
Vulve blanche	50 (75,8%)	29 (53,7%)	0,01*
Vulve pâle et nacrée	56 (84,8%)	45 (83,3%)	0,82
Vulve épaisse et indurée	39 (59,1%)	28 (51,9%)	0,43
Vulve atrophique avec disparition des reliefs	60 (91,0%)	48 (88,9%)	0,71
Tranche d'âge touchée			
jamais chez l'enfant	1 (1,5%)	4 (7,4%)	0,11
Le plus souvent après 50 ans	60 (91,0%)	44 (81,5%)	0,13
Quel que soit l'âge	5 (7,6%)	6 (11,1%)	0,5
Caractère			
Chronique	64 (97,0%)	52 (96,3%)	0,5
Aigu	2 (3%)	2 (3,7%)	0,5
Evolution			
Guérison	53 (80,3%)	21 (38,9%)	<0,001*
Lésion dysplasique puis cancer épidermoïde	55(83,3%)	49 (90,7%)	0,26
Surinfection	31 (47,0%)	38 (70,4%)	0,01*
Inflammation chronique de la vulve avec retentissement fonctionnel	62 (93,9%)	50 (92,6%)	0,77

Tableau V.
Pratiques des médecins généralistes et internes en médecine générale
devant un Lichen scléro atrophique

	Médecin généraliste 120 n(%)	Interne en médecine générale 131 n(%)	p
Biopsie			
Inutile	5 (4,2%)	15 (11,4%)	0,033*
Parfois nécessaire	83 (69,1%)	97 (74,8%)	0,39
Systématique	32 (26,7%)	19 (14,5%)	0,016*
Avis spécialisé			
Dermatologue	36 (30%)	46 (35,1%)	0,39
Gynécologue	82 (68,3%)	77 (58,8%)	0,12
Aucun	2 (1,7%)	8 (6,1%)	0,04*
Avis spécialisé pourquoi ?			
Diagnostic	113 (94,2%)	111 (84,7%)	0,016*
Traitement	112 (93,3%)	115 (87,8%)	0,14
Biopsie	90 (75%)	75 (57,3%)	0,003*
Traitement prescrit			
Emollient	92 (76,7%)	90 (68,7%)	0,16
Anti mycosique	9 (7,5%)	13 (9,9%)	0,5
Dermocorticoïde	96 (80%)	91 (69,5%)	0,06
Crème hormonale	75 (63%)	45 (34,4%)	<0,001*
Durée du traitement			
Une semaine	6 (5%)	6 (4,6%)	0,88
Un mois	42 (35%)	48 (36,6%)	0,77
6 mois	46 (38,3%)	52 (39,7%)	0,83
A vie	26 (21,7%)	25 (19,1%)	0,61
Surveillance			
Clinique régulière	114 (95%)	125 (95,4%)	0,88
Biopsies régulières	15 (12,5%)	8 (6,1%)	0,08
Aucune	8 (6,7%)	9 (6,9%)	0,95
Déjà vu ?			
Oui	48 (40%)	15 (11,5%)	<0,001*
Non	72 (60%)	116 (88,5%)	<0,001*

Tableau VI.

Moyenne sur 10 photos des internes en médecine générale et médecins généralistes

Groupe	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
Internes	131	4,86	0,14	1,6	4,59	5,14
médecins généralistes	120	4,92	0,15	1,63	4,62	5,21
Combined	251	4,89	0,1	1,61	4,69	5,09
Diff		-0,05	0,2		-0,46	0,35

diff = mean(Internes) - mean(médecin)

Ho : diff = 0

t = 0,27

degrees of freedom = 249

Ha : diff < 0

Pr(T < t) = 0.4

Ha : diff

!=0

p = 0.79

Ha diff>0

Pr(T > t) = 0.60

2. Questionnaire

Description de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la pathologie vulvaire par le médecin généraliste et l'interne en médecine générale.

Je m'appelle Sabine, interne en médecine générale à la faculté d'Aix Marseille, je réalise mon travail de thèse sur les pratiques en médecine générale concernant les pathologies vulvaires.

Ma directrice de thèse est le Dr Hélène Piclet.

Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration au CNIL. Il est anonyme et il vous prendra environ 5 min et je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez pour y répondre.

Les réponses vous seront envoyées dans un deuxième temps.

*Obligatoire

1. Adresse email*

A propos de vous

2. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

Femme

Homme

3. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

Médecin généraliste *Passez à la question 4.*

Interne en médecine générale *Passez à la question 3.*

A propos de vous

4. Quel semestre ? *

Une seule réponse possible.

1er *Passez à la question 9.*

2ème *Passez à la question 9.*

3ème *Passez à la question 9.*

4ème *Passez à la question 9.*

5ème *Passez à la question 9.*

6ème *Passez à la question 9.*

A propos de vous

5. Médecin généraliste, vous êtes installé en milieu *

Une seule réponse possible.

Urbain

Rural

Semi rural

6. Depuis combien de temps êtes-vous installés ? *

Une seule réponse possible.

< 10 ans

10 20 ans

20 30 ans

> 30 ans

7. En tant que médecin généraliste avez-vous une pratique de la gynéco *

Une seule réponse possible.

Exclusivement

Régulièrement

Occasionnellement

Jamais

8. Lors d'une symptomatologie vulvaire faites-vous un examen gynéco ? *

Une seule réponse possible.

Toujours *Passez à la question 8.*

Parfois *Passez à la question 8.*

Jamais *Passez à la question 9.*

A propos de vous

9. Que faites-vous comme examen lors d'une symptomatologie vulvaire ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Inspection vulvaire

Examen au speculum

Toucher vaginal

Examen des seins

Quelques photos

Image 1/10



10. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Vulve normale

Herpes

Lichen plan

Psoriasis

Lichen scléro atrophique

Mycose

Image 2/10



11. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Herpes

Psoriasis

Vulve normale

Image 3/10



12. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Herpes

VIN / lésion dysplasique

Vulve normale

Image 4/10



13. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Herpes

Psoriasis

Vulve normale

Image 5/10



14. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

VIN / lésion dysplasique

Maladie de Bowen

Herpes

Image 6/10



15. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Vulve normale

VIN / lésion dysplasique

Condylome

Maladie de Bowen

Image 7/10



16. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Psoriasis

VIN / lésion dysplasique

Maladie de Bowen

Herpes

Image 8/10



17. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Herpes

VIN / lésion dysplasique

Condylome

Image 9/10



18. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Psoriasis

Herpes

VIN / lésion dysplasique

Image 10/10



19. Quel est votre diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

Lichen scléro atrophique

Lichen plan

Mycose

Psoriasis

Herpes

Maladie de Bowen

Et plus particulièrement le lichen scléro atrophique

20. Quels sont les signes fonctionnels d'appel du lichen scléro atrophique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Prurit

Douleur

Brûlure

Odeur nauséabonde

Sécheresse Vulvaire

Dyspareunie

Saignements

21. Quels sont les signes physiques du lichen scléro atrophique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Vulve rouge

Vulve blanche

Vulve nacrée et pâle

Vulve épaisse et indurée

Vulve atrophique avec disparition des reliefs

22. Quelle tranche d'âge est majoritairement touchée par le lichen scléro atrophique ? *

Une seule réponse possible.

Le plus souvent après 50 ans

Quel que soit l'âge

Jamais chez l'enfant

23. Le lichen scléro atrophique est-il plutôt à caractère

Une seule réponse possible.

Aiguë

Chronique

24. Adressez-vous à un spécialiste ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Parfois

25. Si oui, majoritairement à qui ? *

Une seule réponse possible.

Gynécologue

Dermatologue

Pas d'avis spécialisé

26. Si oui pourquoi ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Un diagnostic

Un traitement

Une biopsie

27. Pensez-vous que la biopsie dans la prise en charge du lichen sclérotique soit ? *

Une seule réponse possible.

Systematique

Inutile

Parfois nécessaire

28. Quel traitement prescrivez-vous dans la prise en charge du lichen sclérotique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Emollient

Antimycotique

Dermocorticoïdes

Crème hormonale

29. Pendant combien de temps prescrivez-vous ce traitement ? *

Une seule réponse possible.

Une semaine

Un mois

6 mois

A vie

30. Comment peut évoluer le lichen scléro atrophique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Guérison

Lésion dysplasique puis cancer

Épidermoïde

Surinfections

Inflammation chronique de la vulve avec retentissement fonctionnel

31. Comment effectuez-vous la surveillance du lichen scléro atrophique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Surveillance clinique régulière

Biopsies répétées pour s'assurer

La disparition des lésions

Pas de surveillance car guérison

32. En avez-vous déjà vu ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui

Non

VIII. ABREVIATIONS

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

CE : Carcinome Epidermoïde

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FCU : Frotti-Cervico-Utérin

FNCGM : Fédération des Collèges de Gynécologie Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LSA : Lichen Scléro Atrophique

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCT : Propionate de Chlobétasol Topique

PUPH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

VIN : Néoplasie Intra-épithéliale Vulvaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : Le médecin généraliste (MG) est le médecin de premier recours. Le nombre de gynécologues médicaux décroît fortement. Le médecin généraliste a donc toute sa place dans la prise en charge et le suivi des pathologies gynécologiques chez les femmes, notamment le lichen-scléro-atrophique (LSA). Le LSA est une dermatose inflammatoire chronique entraînant un retentissement fonctionnel important, ainsi qu'un risque de transformation maligne. Il a été constaté que les patientes étaient démunies face à cette maladie. Le but était de décrire les pratiques des MG face aux pathologies vulvaires et au LSA puis de les comparer aux pratiques des internes en médecine générale.

Méthode : Etude descriptive transversale quantitative par questionnaire. Echantillonnage tiré au sort parmi les MG de la région PACA et les IMG de la faculté d'Aix-Marseille. Envoie du questionnaire par email. Interrogation sur leurs pratiques face à une patiente venant pour symptomatologie vulvaire, et sur leur prise en charge diagnostique et thérapeutique du LSA.

Résultats : 251 réponses exploitables, 120 MG et 131 IMG. 95.8% des MG examinent leurs patientes en cas de symptomatologie vulvaire (inspection vulvaire). La majorité adresse à un spécialiste (gynécologue>dermatologue) quand un LSA est suspecté. La majorité des MG prescrit des dermocorticoïdes pour une durée de 6 mois et effectuent une surveillance clinique régulière. Les IMG demandent moins d'avis spécialisé et moins de biopsie.

Conclusion : La prise en charge du LSA est à améliorer en informant les patientes sur les compétences en gynécologie de leurs médecins généralistes, en les informant des conséquences du nomadisme médical, en insistant auprès des médecins sur l'importance de l'examen clinique gynécologique, en réalisant des formations groupées inter-spécialités, en instaurant des plateformes sécurisées de télémédecine permettant un échange simple et rapide entre les médecins généralistes et les dermatologues, et en améliorant la formation des jeunes médecins en leurs proposant plus de stages en ambulatoire pendant leur internat.

Mots clés :

- Lichen-scléro-atrophique
- Médecine générale
- Gynécologie médicale