



HAL
open science

Prise en charge des principales vulvovaginites en médecine générale : étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes picards par auto-questionnaire

Marie-Anne Duboille Duquenne

► To cite this version:

Marie-Anne Duboille Duquenne. Prise en charge des principales vulvovaginites en médecine générale : étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes picards par auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02065348

HAL Id: dumas-02065348

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02065348>

Submitted on 12 Mar 2019

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.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2018

N° 2018-49

**PRISE EN CHARGE DES PRINCIPALES
VULVOVAGINITES EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes picards
par auto-questionnaire.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2018

Par

Marie-Anne DUBOILLE épouse DUQUENNE

Née le 4 août 1987 à SENLIS

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Madame le Professeur Catherine LOK

Madame le Professeur Anne TOTET

Madame le Professeur CASTELAIN Sandrine

DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Stéphanie DAVEAUX

Dédicaces :

À mon Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Gynécologie et Obstétrique)

Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de présider ma thèse d'exercice et je vous en remercie. Je me souviens encore très bien de mon premier stage d'externe dans votre service ainsi que de mon stage en tant qu'interne en maternité, dont je garde un excellent souvenir. Merci pour ce que vous m'avez enseigné.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

À mon Maître,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse
d'exercice après avoir été l'un de mes professeurs en amphithéâtre. C'est un
grand honneur pour moi.*

À mon Maître,

Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3ème cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 Sens

Vous avez accepté sans hésiter d'être l'un des membres de ce jury, et je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt porté à mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance.

À Madame le Professeur Anne TOTET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Parasitologie et mycologie)

Chef de service du laboratoire de Parasitologie et Mycologie médicales

Pôle biologie, pharmacie et santé des population

Merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse, je vous en suis très reconnaissante.

À Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, et je
souhaite que vous trouviez dans ce travail le témoignage de ma plus grande
reconnaissance.*

À Madame le Docteur Stéphanie DAVEAUX

Médecin Généraliste

Chef de Clinique des Universités

Département de Médecine générale

Merci de m'avoir guidée tout au long de cette thèse. Tu m'as apporté le soutien et la rigueur scientifique dont j'avais besoin. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité. Sois assurée de ma grande reconnaissance. Au-delà de ce travail, merci pour ton amitié.

REMERCIEMENTS

À mes parents, merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir encouragée dans ma vocation depuis le début, et de m'avoir permis de ne me soucier que de mes études. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous !

À mon frère Marc, pour ce lien qui nous unit. Tu m'as toujours témoigné un amour sans limites. Je serai toujours là pour toi. La prochaine thèse sera la tienne !

À François, pour l'amour que tu m'apportes au quotidien. Tu m'offres chaque jour une promesse de bonheur que je retrouve dans le sourire de nos deux enfants.

À Anna et Arthur, pour votre douceur au quotidien, je vous aime infiniment.

À mes grands-parents, Dedeczek et Babicka. Merci pour l'amour que vous m'avez donné, d'où vient mon attachement à mes origines tchèques. Une pensée pour ma grand-mère Suzanne partie trop tôt, et que je n'ai pas eu le bonheur de connaître. A Papi, tu aurais été fier de moi, j'en suis certaine.

À ma belle-famille, de m'avoir accueillie si chaleureusement.

À mon amie de toujours Claire, c'est une fierté pour moi que tu sois la marraine d'Arthur. Encore merci pour ta relecture attentive !

À mes amis, que vous soyez proches ou loin. Nos retrouvailles sont toujours une source de joie.

Aux internes, qui ont croisé ma route et grâce à qui j'ai passé de belles années d'études. Une pensée à toi, Christophe. Je te souhaite le meilleur.

À mes maîtres de stages, merci pour ce que vous m'avez enseigné, vous qui avez contribué à façonner le médecin que je suis aujourd'hui. Une pensée particulière à toi, Marc L.

À tous les praticiens que je remplace, merci pour votre confiance et votre sympathie. Isabelle, merci pour ton amitié.

Aux patients, d'hier et de demain, sans vous je ne serais pas le médecin que je suis.

« Les maux du corps sont les mots de l'âme. Ainsi on ne doit pas guérir le corps sans chercher à guérir l'âme. »

Platon

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
I. INTRODUCTION.....	13
I.1. La candidose vulvovaginale.....	14
I.1.1. Définition et épidémiologie.....	14
I.1.2. Prise en charge.....	15
I.2. La vaginite à Trichomonas.....	15
I.2.1. Définition et épidémiologie.....	15
I.2.2. Prise en charge.....	16
I.3. La vaginose bactérienne.....	16
I.3.1. Définition et épidémiologie.....	16
I.3.2. Prise en charge.....	16
II. MATERIELS ET METHODES.....	18
II.1. Recherche bibliographique.....	18
II.2. Type d'étude.....	18
II.3. Population d'étude.....	18
II.4. Diffusion du questionnaire.....	19
II.5. Le questionnaire.....	19
II.6. Analyse statistique.....	20
III. RESULTATS.....	21
III.1. Taux de réponse.....	21
III.2. Population d'étude.....	21
III.2.1. Caractéristiques des médecins réponders.....	21
III.2.2. Intérêt porté à l'étude.....	22
III.3. Attitude diagnostique.....	23
III.3.1. Examen clinique.....	23
III.3.2. Réalisation d'un prélèvement vaginal.....	24
III.3.3. Bilan d'IST.....	25
III.4. Attitude éducative.....	25
III.4.1. Candidose vulvovaginale.....	25
III.4.2. Trichomonase.....	26
III.4.3. Vaginose bactérienne.....	27
III.5. Attitude thérapeutique.....	27
III.5.1. Délai de prise en charge après réalisation d'un prélèvement vaginal.....	27
III.5.2. Candidose vulvovaginale.....	28

III.5.3. Trichomonase.....	29
III.5.4. Vaginose bactérienne	31
III.5.5. Traitement du partenaire.....	32
III.6. Orientation vers un gynécologue et/ou dermatologue	33
III.7. Objectifs secondaires	34
III.7.1. Examen clinique selon le sexe	34
III.7.2. Examen clinique selon l'âge.....	35
IV. DISCUSSION	36
IV.1. Profil des médecins répondeurs	36
IV.2. Forces et limites de l'étude	37
IV.2.1. Forces de l'étude et avantages liés à méthode.....	37
IV.2.2. Limites de la méthode et biais de l'étude.....	37
IV.3. Un diagnostic parfois difficile.....	40
IV.3.1. Place de l'examen clinique.....	40
IV.3.2. La place du prélèvement vaginal	42
IV.4. Une attitude éducative bien menée.....	45
IV.5. Attitude thérapeutique : des associations multiples	48
IV.5.1. La candidose vulvovaginale	48
IV.5.2. La trichomonase.....	48
IV.5.3. La vaginose bactérienne	49
IV.5.4. Comment utiliser les pré/probiotiques ?	50
IV.6. Quand recourir à un spécialiste ?	52
IV.7. Perspectives d'évolution.....	52
IV.7.1. Vers une uniformisation des pratiques.....	52
IV.7.2. Un examen unique pour le diagnostic des vaginites.....	53
V. CONCLUSION	54
VI. BIBLIOGRAPHIE	56
VII. ANNEXES.....	60

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CVV :	Candidose vulvovaginale
DPC :	Développement professionnel continu
FMC :	Formation médicale continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
IST :	Infection sexuellement transmissible
MG :	Médecins généralistes
NSP :	Ne se prononce pas
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SOGC :	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
PV :	Prélèvement vaginal
URPS :	Union régionale des professionnels de santé

,

I. INTRODUCTION

Les pathologies vulvovaginales, fréquentes en soins primaires, font partie des raisons les plus communes d'une consultation de gynécologie en médecine générale [1]. Elles regroupent les infections génitales basses mais aussi les troubles de l'écosystème vaginal qui, à eux seuls, peuvent être à l'origine d'une symptomatologie clinique.

Le terme de vulvovaginite fait référence à des atteintes inflammatoires et infectieuses du vagin qui peuvent s'étendre à la vulve. Elles se définissent par des symptômes cliniques divers dominés par les phénomènes inflammatoires. La symptomatologie est caractérisée par l'apparition de leucorrhées inhabituelles associées à des symptômes inflammatoires (prurit, douleur, érythème vaginal et dyspareunie) [2].

Les causes les plus communes de vulvovaginites sont d'origine infectieuse, représentées dans plus de 90% des cas par la candidose vulvovaginale (CVV), la vaginose bactérienne (*Gardenerella vaginalis* associée à d'autres bactéries en particulier anaérobies) et les parasitoses (*Trichomonas vaginalis*) [3]. Les étiologies moins fréquentes ne seront pas traitées dans notre étude. Elles incluent les maladies vulvaires qui produisent des lésions cutanées typiques, comme le lichen plan, l'eczéma ou l'herpès génital.

La clinique joue un rôle primordial dans l'orientation diagnostique et la mise en place d'un traitement. Un interrogatoire précis à la recherche de facteurs favorisants, ainsi qu'un examen clinique au spéculum peuvent parfois suggérer une étiologie particulière (*Candida*, *Trichomonas*). Cependant, le diagnostic est plus difficile à établir dans le cas d'une étiologie mixte ou bactérienne [4]. Dans 15% à 40% des cas de candidose vulvovaginale, une surinfection bactérienne est trouvée, mais généralement les manifestations cliniques de la mycose prédominent [5]. Bien que la plupart des cas de mycose vulvovaginale soient dus à *Candida albicans*, on constate un nombre croissant d'infections fongiques à *Candida non-albicans* (par exemple, *Candida glabrata*) représentant jusqu'à 15% des patientes [6, 7]. C'est pourquoi le recours à l'analyse microbiologique des prélèvements vaginaux est souvent indispensable et recommandé en cas d'échec du traitement ou de récurrence [8].

En pratique courante, le traitement initial des infections vaginales est le plus souvent probabiliste afin de répondre rapidement à l'inconfort de la patiente [9]. L'assurance maladie

recommande même de recourir à l'automédication des patientes ayant déjà présenté des vaginites mycosiques et capables d'identifier sans aucun doute les symptômes typiques de cette affection [10].

Il existe des directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) qui a analysé des données de la littérature et formulé des recommandations quant au dépistage et à la prise en charge de la candidose vulvovaginale, de la trichomonase et de la vaginose bactérienne [11]. En France, on peut s'appuyer sur les enseignements du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [12] mais il n'existe pas de recommandations officielles de prise en charge émises par la Haute Autorité de Santé (HAS). On trouve néanmoins dans les commissions de transparence des médicaments différentes stratégies thérapeutiques pour la candidose vulvovaginale, la vaginose et la trichomonase [13, 14, 15]. Les recommandations et les arbres décisionnels présents dans le Vidal® constituent, quant à eux, des supports pertinents et de qualité pour les prescripteurs [16]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également émis des lignes directrices concernant la prise en charge de ces pathologies [17].

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de ces pathologies, le plus souvent bénignes. Il fait et doit faire de la gynécologie [18], qui représente en moyenne 9,4 % de son activité globale [19]. Actuellement, on observe une diminution des effectifs de médecins qui, selon les projections, se poursuivra jusqu'en 2020 [20]. Les départements de l'ancienne Picardie se situent parmi les moins bien pourvus en médecins, et en particulier en médecins généralistes. La Somme est le département picard qui connaît la meilleure situation puisqu'il présente un nombre de généralistes proche de la moyenne nationale alors que l'Aisne et l'Oise dénombrent moins de médecins proportionnellement à leur population [21].

I.1. La candidose vulvovaginale

I.1.1. Définition et épidémiologie

La mycose vulvo-vaginale, appelée également candidose vulvo-vaginale (CVV), est une atteinte infectieuse de la vulve et du vagin par des levures du genre *Candida*. On estime que 75% des femmes en âge de procréer feront au moins un épisode de vaginite à *Candida*

au cours de leur vie, que 40 à 50 % d'entre elles souffriront de plus d'un épisode et que 5 à 10% développeront une forme chronique appelée mycose vulvo-vaginale récurrente, caractérisée par la survenue d'au moins quatre épisodes confirmés sur une période de douze mois [2, 22].

I.1.2. Prise en charge

Le traitement des candidoses vaginales aiguës est en règle générale local. De nombreuses molécules antifongiques sont disponibles. L'application de topiques imidazolés en local pendant 1 à 7 jours, souvent associée à un ovule intra vaginal pendant 1 à 3 jours, constitue le traitement de première intention. On peut avoir recours à des traitements par voie orale en cas de candidoses très étendues sur la région périnéale ou d'intolérance cutanée au traitement local [15].

I.2. La vaginite à Trichomonas

I.2.1. Définition et épidémiologie

Il s'agit d'une parasitose fréquente puisque l'OMS estime que 170 millions de personnes sont atteintes chaque année dans le monde. La prévalence se situe à 3,1% chez les femmes en âge de procréer (14-49 ans). A l'inverse de la candidose et de la vaginose, cette infection vaginale est considérée comme une infection sexuellement transmissible (IST), et justifie la recherche systématique d'autres germes.

Cette vaginite est due à un protozoaire flagellé, *Trichomonas vaginalis*. Les symptômes associés sont des leucorrhées excessives et jaunâtres pouvant être malodorantes, associées à un prurit et des douleurs, une dysurie et une dyspareunie. Une infection vaginale à *Trichomonas vaginalis* n'est symptomatique que dans 50% des cas, mais environ la moitié de ces infections asymptomatiques deviennent symptomatiques dans les 6 mois.

Les facteurs de risques sont, bien sûr, des relations sexuelles fréquentes avec des partenaires multiples. La présence d'une autre IST est également un facteur favorisant. Le diagnostic d'une vaginite à *Trichomonas* se pose par un examen microscopique direct, mais a une sensibilité de 60 à 80%. La culture reste la technique de référence mais nécessite

d'attendre 3 à 7 jours. Des techniques de PCR commencent à être commercialisées en France mais peu de laboratoires pour le moment en disposent [11, 23].

I.2.2. Prise en charge

Le traitement concerne les deux partenaires : un traitement de métronidazole (Flagyl®) par voie orale à dose unique de 2g, ou de secnidazole (Secnol®) à dose unique de 2g, ou de Métronidazole (Flagyl®) par voie orale à la posologie de 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours [23].

I.3. La vaginose bactérienne

I.3.1. Définition et épidémiologie

La vaginose bactérienne est due à un déséquilibre de la flore vaginale dont les causes sont multiples : douches vaginales, excès d'hygiène, carences œstrogéniques, antibiotiques, tabac, etc. La vaginose bactérienne n'est pas considérée comme une IST mais les rapports sexuels, par l'action mécanique et le contact du sperme (qui a un pH très alcalin, autour de 8) avec la muqueuse vaginale, sont considérés comme des facteurs très aggravants [5, 24].

Le déséquilibre de la flore vaginale aboutit à une disparition quasi complète des lactobacilles au profit d'une flore anaérobie. La prolifération de cette flore anaérobie est polymorphe même si *Gardenerella vaginalis* est très fréquemment retrouvée. La vaginose peut être asymptomatique et n'entraîner aucune gêne. S'ils existent, les principaux symptômes sont des leucorrhées grisâtres malodorantes [24].

La vaginose bactérienne augmenterait le risque de maladie inflammatoire pelvienne, de contamination par les IST et de complications obstétricales (fausses-couches spontanées, accouchement prématuré, chorioamniotite) [25].

I.3.2. Prise en charge

Un épisode isolé de vaginose bactérienne symptomatique est traité avec du secnidazole (Secnol®) en dose unique (2 g) ou du métronidazole (Flagyl®) à la posologie

de 500 mg, 2 fois par jour, pendant 7 jours par voie orale. Le traitement des récurrences doit associer aux anti-infectieux classiques des traitements restaurateurs de la flore [13, 14].

Devant ces constats, nous nous sommes posé la question de la prise en charge des principales vulvovaginites de la femme en âge de procréer par les médecins généralistes picards.

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'attitude diagnostique, éducative et thérapeutique des médecins généralistes picards concernant les principales vulvovaginites. L'objectif secondaire était de déterminer si l'âge ou le sexe influait sur la réalisation d'un examen clinique.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée dans un premier temps grâce à une recherche sur les bases de CISMeF.

Afin d'étoffer ces résultats, des recherches complémentaires ont été effectuées à la bibliothèque universitaire afin d'interroger les bases de données médicales sur les catalogues suivants : Pubmed, EM consulte, Système Universitaire DOcumentation (SUDOC).

Les principaux mots clés utilisés étaient : vulvovaginite, vaginite, candidose vulvovaginale, trichomonase, vaginose, prise en charge, médecine générale, infections sexuellement transmissibles.

II.2. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale observationnelle descriptive. Il s'agit d'une enquête de pratiques réalisée auprès des médecins généralistes de Picardie.

L'accord du comité de protection des personnes, obligatoire depuis janvier 2017 a été demandé par contact téléphonique le 12 juin 2017 mais il est inutile pour une étude non interventionnelle.

II.3. Population d'étude

Nous avons interrogé un échantillon de 500 médecins généralistes picards.

L'enquête a consisté en l'envoi d'un questionnaire (Annexe 1) par voie postale à 500 médecins généralistes picards sélectionnés de manière aléatoire par tirage au sort dans l'annuaire papier des Pages Jaunes 2017. Aucune autre liste complète des praticiens n'a pu nous être communiquée par les différentes administrations interrogées. Pour être inclus, les médecins généralistes devaient figurer dans la rubrique « Médecins généralistes » des Pages Jaunes 2017 de l'Aisne, l'Oise et la Somme. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

II.4. Diffusion du questionnaire

Une aide matérielle et financière a été demandée à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) en février 2017 qui n'a pas été accordée. L'accès à leur registre des médecins généralistes m'a également été refusé. La diffusion du questionnaire par voie postale était donc réalisée à mes frais.

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale aux adresses des cabinets d'exercice le 4 septembre 2017. Chaque médecin a reçu un questionnaire accompagné d'une enveloppe retour affranchie et d'une lettre explicative présentant mon travail (Annexe 2). Les médecins pouvaient me contacter par mail ou téléphone si besoin.

J'ai laissé un délai de réponse de deux mois soit jusqu'au 4 novembre 2017. Les réponses reçues ont été numérotées par ordre d'arrivée afin de faciliter leur analyse. Les questionnaires reçus par la suite n'ont pas été comptabilisés. Il n'était pas prévu de relance.

II.5. Le questionnaire

Le questionnaire a été testé auprès de 5 médecins généralistes et un gynécologue. Leurs remarques ont permis d'évaluer le temps de réponse nécessaire, la facilité de lecture et vérifier la bonne compréhension des questions. Quelques améliorations ont pu être apportées à la suite de ce test. Le questionnaire était constitué de questions simples fermées mais également de quelques questions ouvertes justificatives.

Il était anonyme et composé de deux parties :

- La première partie portait sur les caractéristiques des médecins interrogés en vue de vérifier la représentativité de la population étudiée : sexe, âge, milieu d'exercice.
- La seconde partie s'intéressait aux pathologies vulvovaginales étudiées : la candidose vulvovaginale, la trichomonase, la vaginose bactérienne. Les données recueillies étaient :
 - La prise en charge diagnostique effectuée avec la réalisation d'un examen clinique et/ou d'éventuels examens complémentaires ;
 - L'attitude éducative adoptée ;
 - La prise en charge thérapeutique proposée.

Une question complémentaire en fin de questionnaire cherchait à connaître les motifs d'orientation vers un dermatologue et/ou gynécologue.

II.6. Analyse statistique

Les réponses ont ensuite été consignées dans une base de données Excel. L'analyse statistique, essentiellement descriptive, a été faite sur ce même logiciel. Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thème de réponse et traitées de manière descriptive.

Les données quantitatives de l'étude ont été présentées sous forme de moyennes (m), écarts-types (σ). Les données qualitatives ont été présentées sous forme de pourcentages (%) et effectifs (n). Le test statistique utilisé pour comparer les variables qualitatives était le test de Chi2. Le seuil de significativité a été fixé à 5%, soit une valeur de p inférieure à 0,05.

III. RESULTATS

III.1. Taux de réponse

Nous avons reçu 134 questionnaires sur les 500 envoyés durant la période destinée au recueil. Parmi eux, un a été exclu car il ne comportait aucune réponse. Deux questionnaires ont été reçus après la date butoir de recueil. Par ailleurs, 8 enveloppes d'envoi sont revenues non délivrées, le destinataire n'exerçant plus à l'adresse indiquée.

L'analyse statistique portait donc au total sur 133 questionnaires, soit un taux de réponse exploitables de 26,6 %.

Plusieurs médecins m'ont sollicitée par voie téléphonique à la suite de l'envoi des questionnaires. L'un a appelé pour avoir connaissance des résultats de l'étude et obtenir une copie de la thèse, les autres pour des demandes sans lien avec l'étude.

III.2. Population d'étude

III.2.1. Caractéristiques des médecins répondants

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes ayant répondu à l'étude sont présentées dans le tableau 1.

Données de notre étude (n=133)	
SEXE (sexe ratio : 0,78)	
Homme	58 (43,6%)
Femme	75 (56,4%)
AGE (Moyenne = 49,8 ans - Écart type = 12)	
< 35 ans	23 (17,3%)
35-55 ans	52 (39,1%)
> 55 ans	51 (38,3%)
NSP	7 (5,3%)
MILIEU D'EXERCICE	
Urbain	41 (30,8%)
Semi-rural	52 (39,1%)
Rural	39 (29,3%)
NSP	1 (0,8%)

NSP : ne se prononce pas

Tableau 1 : Principales caractéristiques démographiques de notre population d'étude

Les médecins répondants étaient majoritairement des femmes (56,4 %).

La classe d'âge la plus représentée était les médecins âgés de 35 à 55 ans à 39,1 %. Les médecins âgés de moins de 35 ans étaient les moins représentés (17,3%).

Les médecins répondants exerçaient principalement en milieu semi-rural (39,1 %).

III.2.2. Intérêt porté à l'étude

La majorité des médecins interrogés (98,5%) se sentaient concernés par la question de la prise en charge des pathologies vulvo-vaginales à laquelle s'intéresse notre étude, et seulement 2 médecins ne se considéraient pas concernés soit 1,5 %.

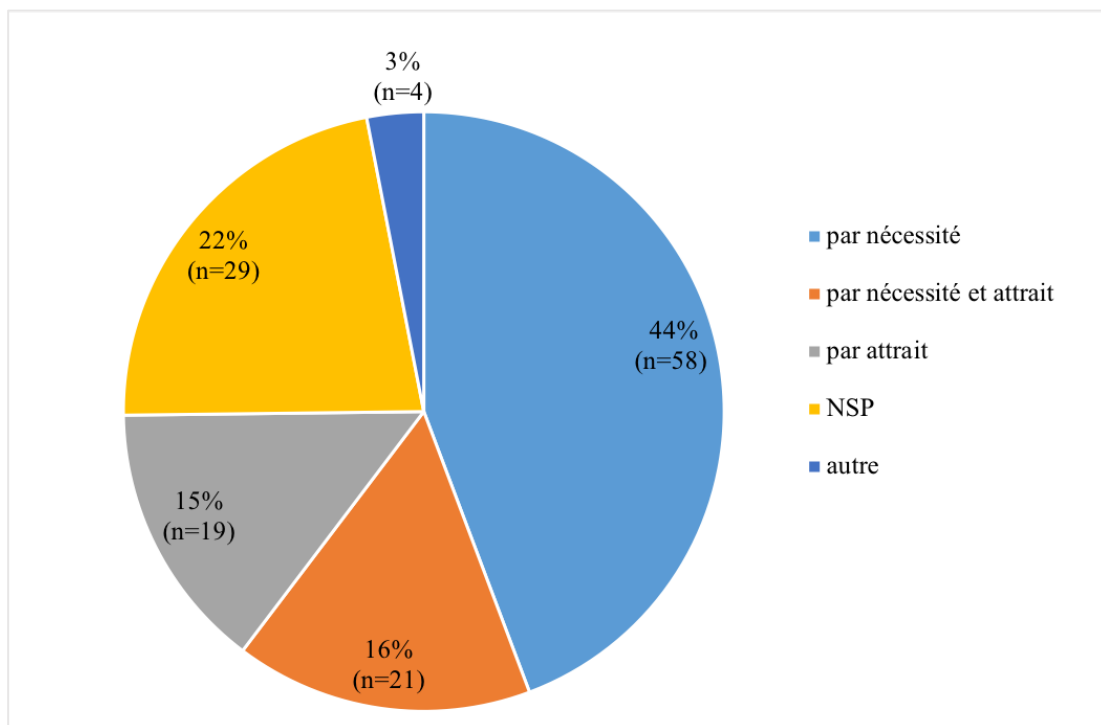


Figure 1 : Motifs d'implication des 131 médecins concernés par les pathologies vulvovaginales

La majorité des médecins interrogés qui se sentaient concernés par la prise en charge des pathologies vulvovaginales ont déclaré être impliqués par nécessité uniquement. 79/131 (60%) ont mentionné la nécessité, et 40/131 (31%) ont mentionné l'attrait pour le sujet. Parmi les médecins qui avaient cité d'autres motifs : 3 médecins précisait que cette prise en charge faisait partie du « rôle du médecin généraliste », tandis qu'un médecin évoquait « les délais de consultation du gynécologue trop longs ».

III.3. Attitude diagnostique

III.3.1. Examen clinique

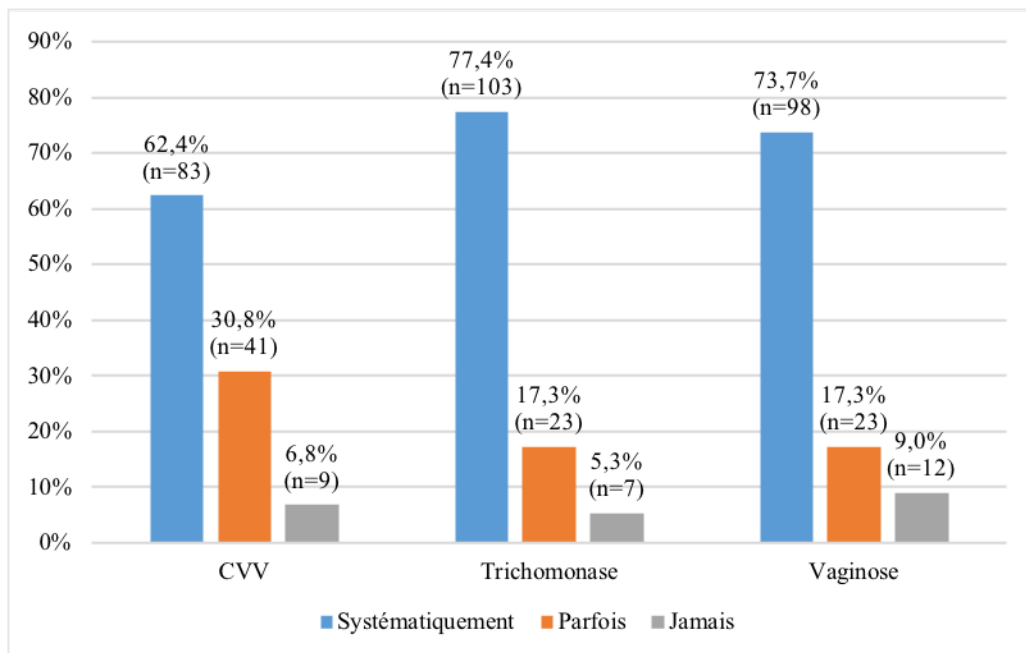


Figure 2 : Réalisation d'un examen clinique par les 133 médecins généralistes interrogés lors d'une suspicion de vulvovaginite

Pour la candidose vulvovaginale : la plupart des médecins généralistes (62,4 %) réalisaient systématiquement un examen clinique. Pour ceux qui réalisaient parfois un examen clinique, 12 précisaient le faire « en cas de doute », 6 « en cas de symptomatologie atypique », 8 « en fonction de l'accord de la patiente », 4 « en cas de récurrence », 3 « à la demande de la patiente », 3 « en cas de premier épisode ».

Pour la trichomonase : la majorité des médecins (77,4 %) réalisaient systématiquement un examen clinique. Pour ceux qui réalisaient parfois un examen clinique, 4 le faisaient « en fonction de l'accord de la patiente », 2 précisaient y recourir « en cas de récurrence », 2 « en cas de doute », un « en cas de symptomatologie atypique », un « en cas de lésions vulvaires ».

Pour la vaginose bactérienne : la majorité des médecins (73,7 %) réalisaient systématiquement un examen clinique. Pour ceux qui réalisaient parfois un examen clinique, 4 précisaient le faire « en fonction de l'accord de la patiente », 2 « en cas de doute diagnostique », 2 « si récurrence » et un « en cas de lésions vulvaires ».

III.3.2. Réalisation d'un prélèvement vaginal

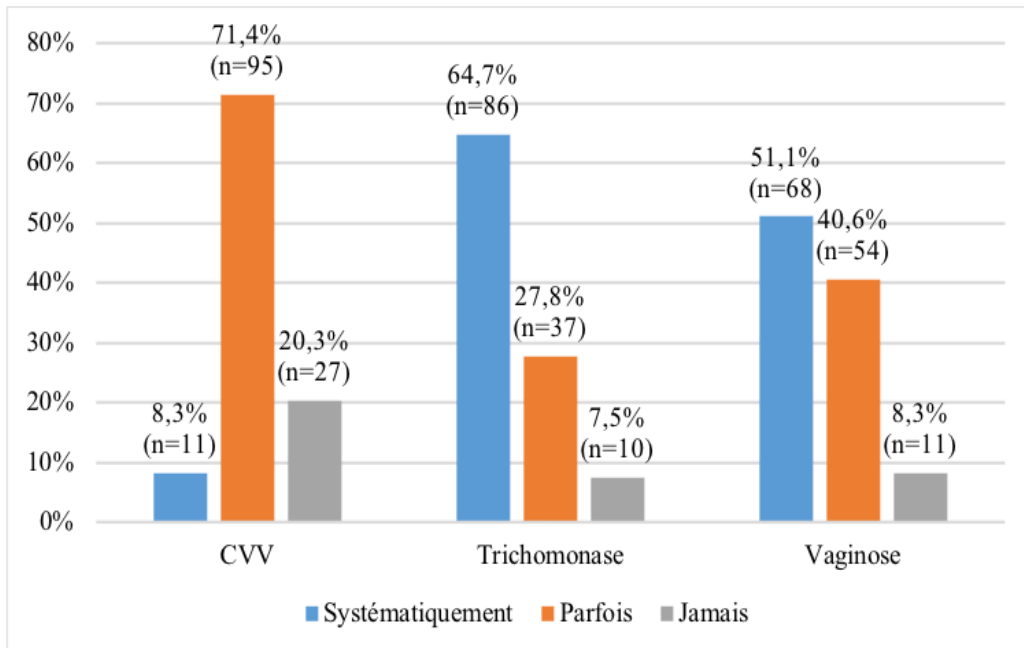


Figure 3 : Réalisation d'un prélèvement vaginal par les 133 médecins généralistes interrogés lors d'une suspicion de vulvovaginite

Pour la candidose vulvovaginale : la majorité des médecins (95/133 = 71,4 %) réalisaient parfois un prélèvement vaginal. Pour ceux-ci les raisons évoquées étaient majoritairement « la récurrence » pour 40 médecins d'entre eux et « le doute » pour 19 médecins. 15 médecins citaient « l'échec du traitement initial ». Enfin, 2 médecins évoquaient « une clinique atypique » et un « l'automédication par la patiente ». Un quart des médecins (27/133 = 20,3 %) n'en réalisait jamais.

Pour la trichomonase : 64,7% (n=86) des médecins réalisaient systématiquement un prélèvement vaginal. Pour ceux qui le réalisaient parfois, les motifs évoqués étaient pour 11 d'entre eux « la récurrence », pour 5 médecins « le doute diagnostique » et pour 4 « l'échec du traitement initial ».

Pour la vaginose bactérienne : 51,1 % (n=68) des médecins réalisaient systématiquement un prélèvement vaginal, 40,6% (n=54) parfois. Concernant ceux qui déclaraient le réaliser parfois, des explications ont pu être mentionnées : pour 15 d'entre eux « en cas de récurrence », pour 11 médecins « en cas de doute » et pour 8 « en cas d'échec du traitement initial ».

III.3.3. Bilan d'IST

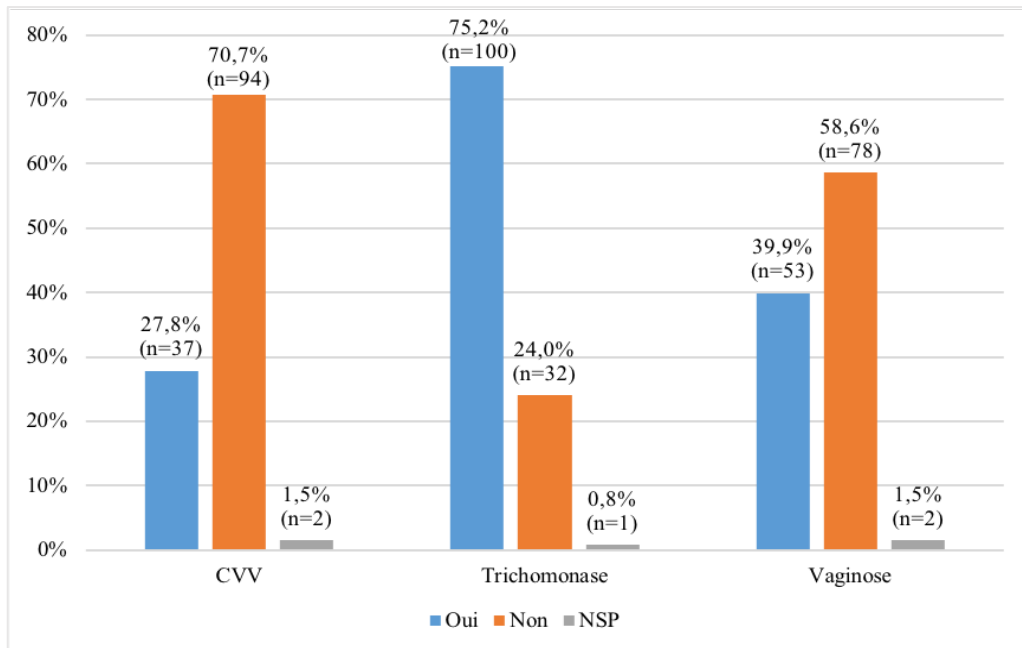


Figure 4 : Réalisation d'un bilan d'IST par les 133 médecins généralistes interrogés lors d'une suspicion de vulvovaginite

Les médecins généralistes réalisaient majoritairement un bilan d'IST dans le cadre d'une trichomonase ($100/133 = 75,2\%$), mais pas dans le cadre d'une CVV ($37/133 = 27,8\%$) ou d'une vaginose ($53/133 = 39,9\%$).

III.4. Attitude éducative

III.4.1. Candidose vulvovaginale

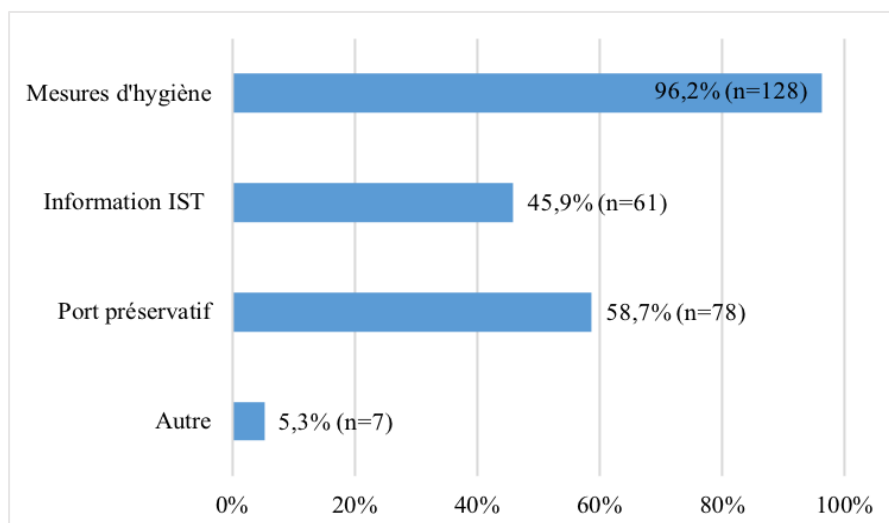


Figure 5 : Attitude éducative pour la candidose vulvovaginale par les 133 médecins généralistes interrogés

La majorité des médecins préconisaient des mesures d'hygiène (96,2%). Le port du préservatif était recommandé par 58,7 % des médecins et 45,9 % délivraient des informations concernant les IST. Parmi les réponses « Autre », 3 médecins recherchaient « des facteurs déclenchants » (l'un évoquait le diabète, les deux autres l'utilisation d'antibiotiques), 2 médecins conseillaient « l'abstinence », et 2 médecins préconisaient de « ne pas utiliser de tampons ».

III.4.2. Trichomonase

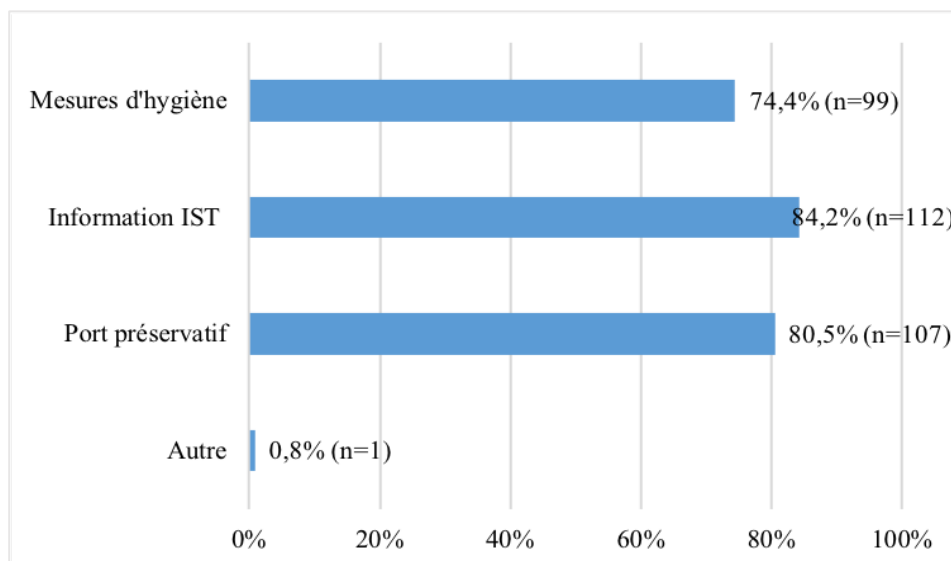


Figure 6 : Attitude éducative pour la trichomonase par les 133 médecins généralistes interrogés

Une grande majorité des médecins (84,7%) délivraient des informations concernant les IST. Le port du préservatif était recommandé par 80,7% des médecins et 74,4% rappelaient des mesures d'hygiène. Parmi les réponses « Autre », un médecin conseillait « l'abstinence ».

III.4.3. Vaginose bactérienne

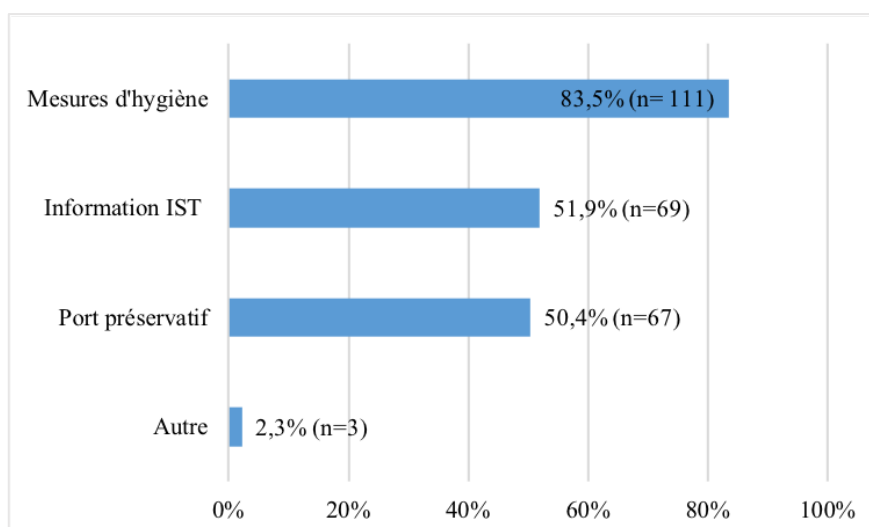


Figure 7 : Attitude éducative pour la vaginose par les 133 médecins généralistes interrogés

La majorité des médecins préconisaient des mesures d'hygiène (83,5%), le port du préservatif était recommandé par 51,9 % des médecins et 50,4 % délivraient des informations concernant les IST. Parmi les réponses « Autre » : 2 médecins conseillaient « l'abstinence » et un médecin « une recherche étiologique ».

III.5. Attitude thérapeutique

III.5.1. Délai de prise en charge après réalisation d'un prélèvement vaginal

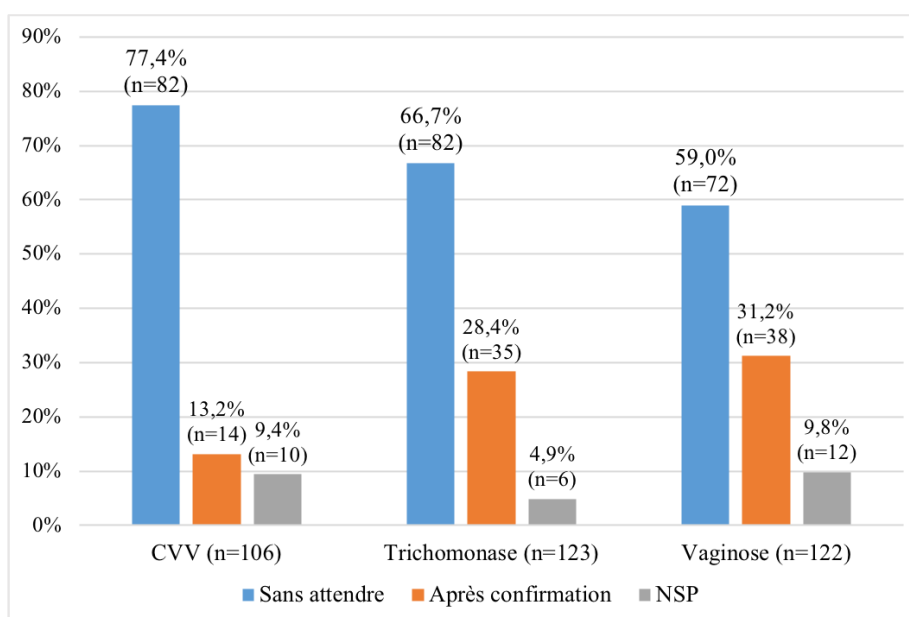


Figure 8 : Délai de prise en charge selon la pathologie vulvovaginale par les médecins généralistes réalisant un prélèvement vaginal

Pour les trois pathologies, la majorité des médecins traitaient d'emblée, sans attendre les résultats du prélèvement vaginal (PV). Cependant, pour la trichomonase et la vaginose, près d'un tiers des médecins attendaient les résultats du PV pour initier un traitement.

III.5.2. Candidose vulvovaginale

III.5.2.1. Classes thérapeutiques prescrites

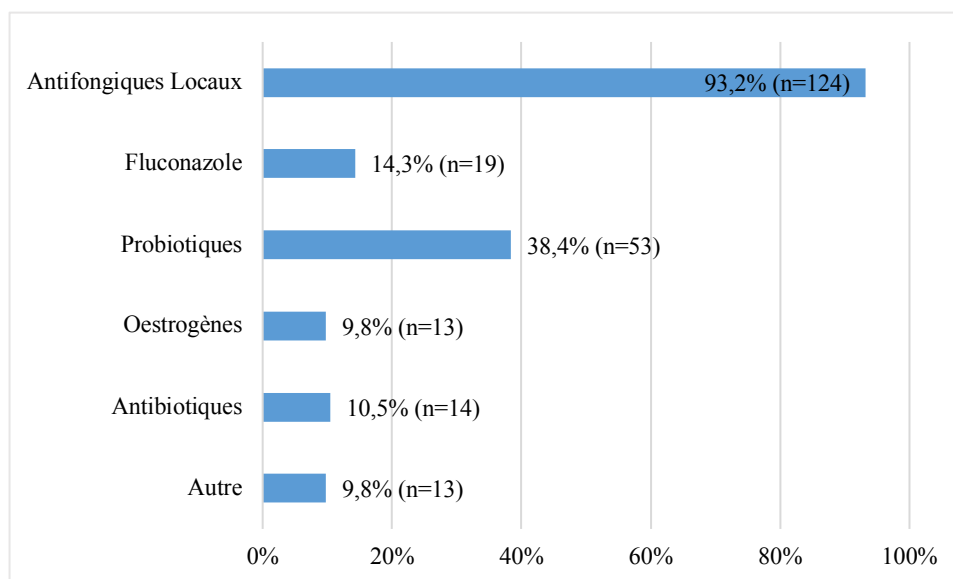


Figure 9 : Attitude thérapeutique des 133 médecins généralistes interrogés pour la candidose vulvovaginale

93,2 % des médecins prescrivait au moins des antifongiques locaux. La prescription de probiotiques concernait 38,4 % des médecins, et une part non négligeable (14,3%) déclaraient traiter d'emblée par un antifongique général type fluconazole (Béagyne®).

Parmi les 13 réponses « Autre » : 2 médecins évoquaient l'homéopathie, un médecin proposait du Polygynax® (antibiotique associé à un antiseptique à usage local), 3 médecins proposaient les savons alcalins, 2 médecins précisait « qu'ils traitaient avec des probiotiques en cas de récurrence », 2 médecins prescrivait des antiseptiques locaux (Betadine® et Colposeptine®), un médecin citait « une décontamination digestive », un préconisait un changement de pilule, et un dernier traitait par Orofluco® (antifongique général).

III.5.2.1. Principaux schémas thérapeutiques dans la candidose vulvovaginale

Molécule(s) utilisée(s)	n =133	%
Antifongiques locaux seuls	56	42,1%
Antifongiques locaux + probiotiques	37	27,8%
Antifongiques locaux + généraux	6	4,5%
Antifongiques locaux + généraux + probiotiques	4	3%
Antifongiques locaux + autres	3	2,3%
Antifongiques locaux + antibiotiques	3	2,3%
Antifongiques généraux seuls	2	1,5%
Antifongiques locaux + œstrogènes	2	1,5%
Antibiotiques seuls	1	0,6%

Tableau 2 : Principaux schémas thérapeutiques pour la candidose vulvovaginale

93 des 133 médecins (69,9%) avaient une bonne attitude thérapeutique : 42,1% des médecins prescrivait des antifongiques locaux seuls et 27,8% les associaient à des probiotiques.

III.5.3. Trichomonase

III.5.3.1. Classes thérapeutiques prescrites

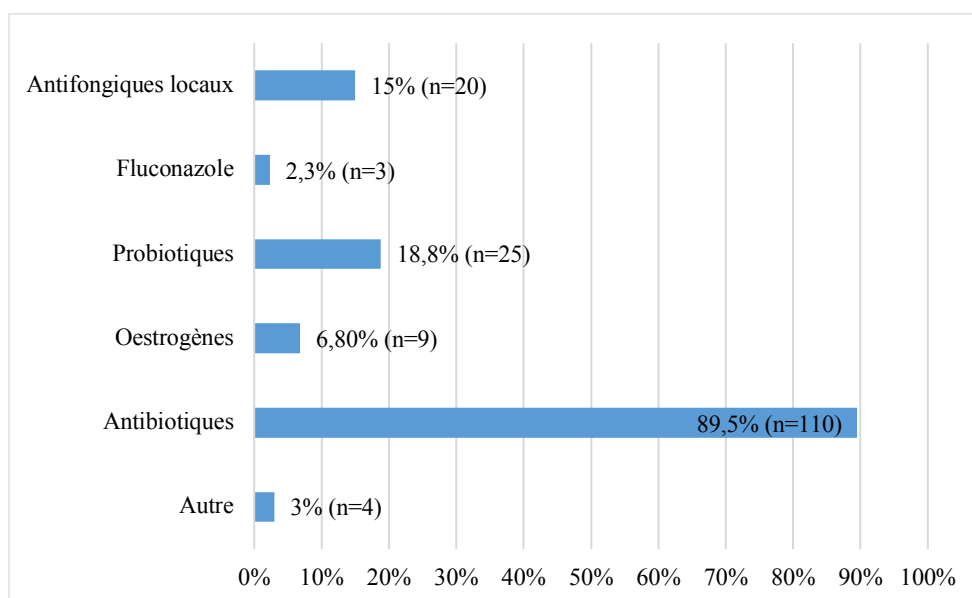


Figure 10 : Attitude thérapeutique des 133 médecins généralistes interrogés pour la trichomonase

89,5 % des médecins déclaraient traiter la trichomonase avec des antibiotiques, 2,3% par antifongique général et 15% par des antifongiques locaux, alors que 18,8 % utilisaient des probiotiques. Parmi les propositions « Autre », un médecin prescrivait du Tergynan® (association d'antibiotique et d'antifongique local), un autre évoquait le recours à « Antibioclie » (outil d'assistance en ligne à l'antibiothérapie en soins primaires), 2 utilisaient « des antibiotiques locaux ».

III.5.3.1. Principaux schémas thérapeutiques dans la trichomonase

Molécule(s) utilisée(s)	n = 133	%
Antibiotiques seuls	77	57,9%
Antibiotiques + probiotiques	21	15,8%
Antibiotiques + antifongiques locaux	15	11,3%
Antifongiques locaux seuls	4	3%
Imidazolés généraux + locaux	1	0,8%
Imidazolés généraux + estrogènes	1	0,8%
Probiotiques seuls	1	0,8%
Antibiotiques + antifongique général	1	0,8%

Tableau 3 : Principaux schémas thérapeutiques pour la trichomonase

Sur les 133 médecins interrogés, 98 (soit 73,7%) avaient une attitude thérapeutique adéquate (77 médecins soit 57,9% traitaient par antibiotiques seuls et 21/133 soit 15,8% les associaient à des probiotiques).

III.5.4. Vaginose bactérienne

III.5.4.1. Classes thérapeutiques prescrites

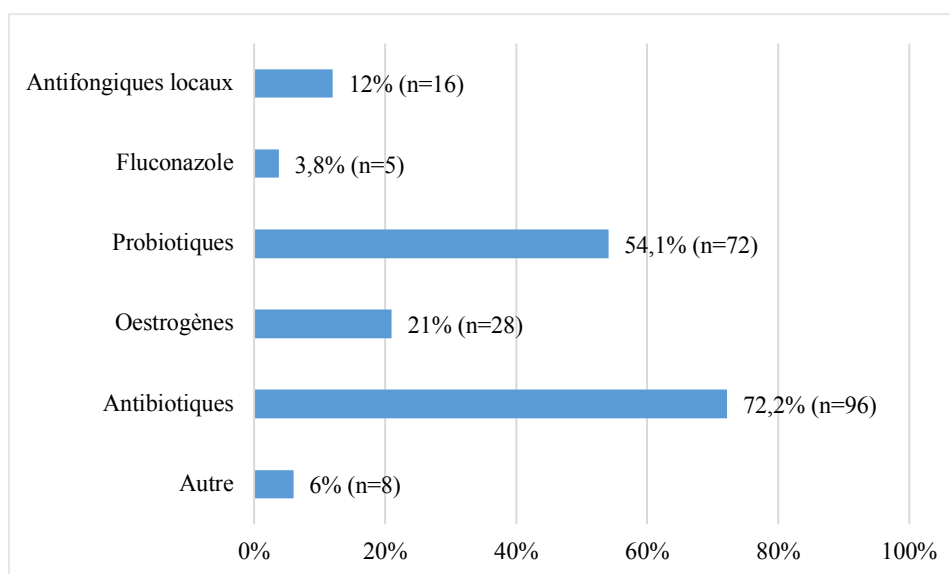


Figure 11 : Attitude thérapeutique des 133 médecins généralistes interrogés pour la vaginose

72,2% des médecins déclaraient traiter la vaginose avec des antibiotiques, 54,1% prescrivait des probiotiques, 3,8% un antifongique général et 21% des œstrogènes. Une minorité de 12% traitaient avec des antifongiques locaux. Parmi les propositions « Autre », 3 médecins prescrivait du Polygynax[®], 3 médecins citaient « un traitement désinfectant », un prescrivait du Geliofil[®] (prébiotiques), et un autre « un acidifiant vaginal ».

III.5.3.1. Principaux schémas thérapeutiques dans la vaginose

Molécule(s) utilisée(s)	n = 133	%
Antibiotiques seuls	37	27,8%
Antibiotiques + probiotiques	36	27%
Probiotiques seuls	10	7,5%
Antibiotiques + œstrogènes	8	6%
Antibiotiques + probiotiques + œstrogènes	8	6%
Antifongiques locaux + probiotiques	5	3,8%
Antifongiques locaux + autres	3	2,3%
Antibiotiques + antifongiques locaux	3	2,3%
Antifongiques locaux seuls	3	2,3%
Antifongiques locaux + œstrogènes	1	0,8%
Antifongiques généraux seuls	1	0,8%

Tableau 4 : Principaux schémas thérapeutiques pour la vaginose bactérienne

Sur les 133 médecins interrogés, 27,8% prescrivait des antibiotiques seuls et 27% les associaient avec des probiotiques. 7,5% des médecins déclaraient traiter la vaginose par probiotiques seuls.

III.5.5. Traitement du partenaire

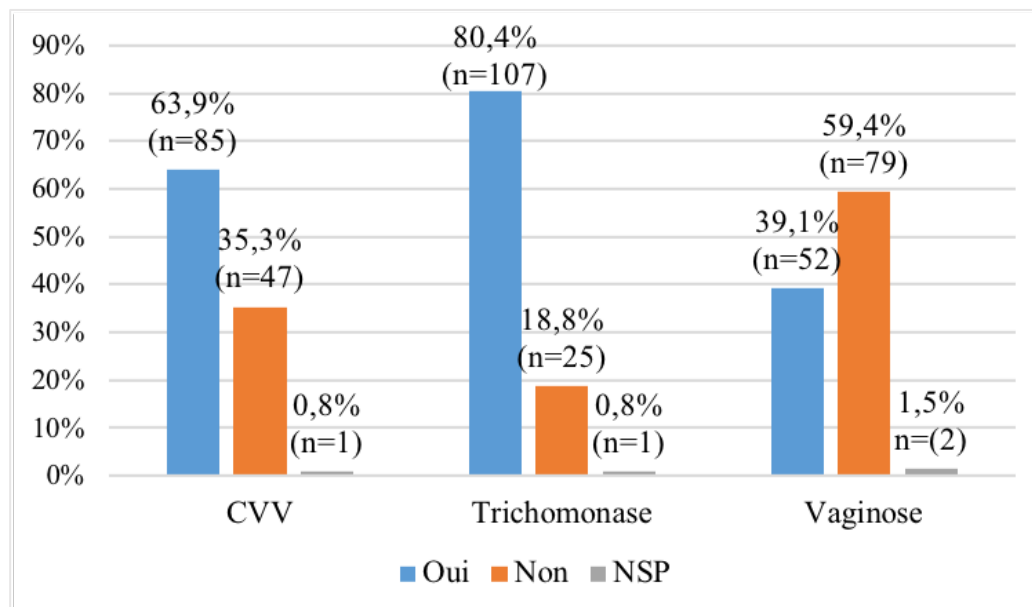


Figure 12 : Traitement du partenaire selon la pathologie vulvovaginale par les 133 médecins généralistes interrogés

Pour la CVV et la trichomonase, la majorité des médecins généralistes traitait le partenaire.

III.6. Orientation vers un gynécologue et/ou dermatologue

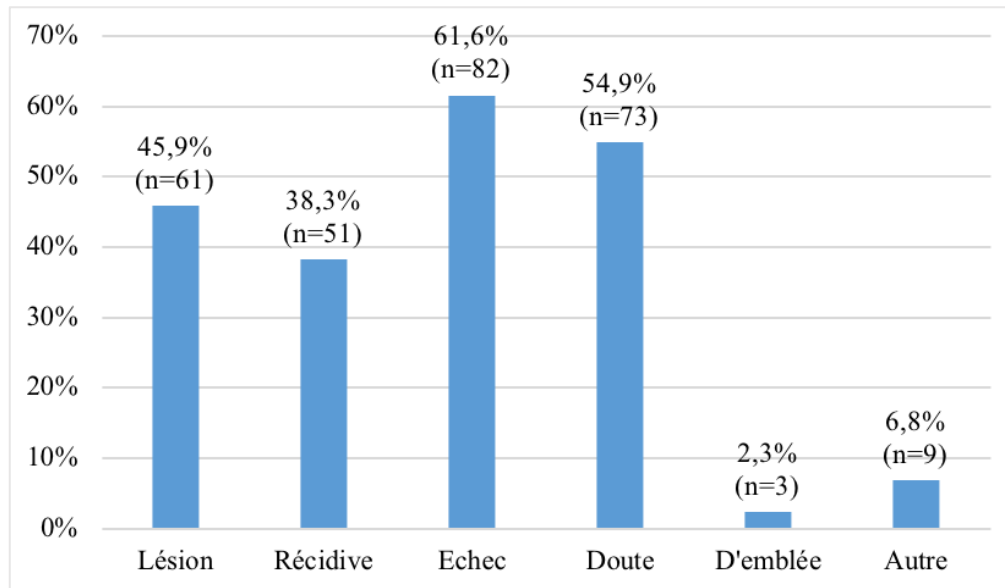


Figure 13 : Motifs d'orientation par les 133 médecins généralistes interrogés vers un gynécologue et/ou dermatologue

Les principaux motifs d'orientation vers un médecin spécialiste étaient l'échec du traitement (61,6 %) et le doute diagnostique (54,9 %). Les explications données par les médecins précisant d'autres raisons étaient : le recours à une sage-femme pour un médecin, un médecin en cas d'ectropion important, un médecin en cas d'herpès génital, un médecin délégait à ses remplaçants, un autre déclarait qu'il prenait le plus souvent un avis téléphonique, 2 précisaient qu'ils n'avaient recours aux spécialistes qu'exceptionnellement, enfin deux ne le faisaient jamais car l'un possédait un DIU de gynécologie et l'autre expliquait que ses patientes consultaient d'elles-mêmes un spécialiste spontanément.

III.7. Objectifs secondaires

III.7.1. Examen clinique selon le sexe

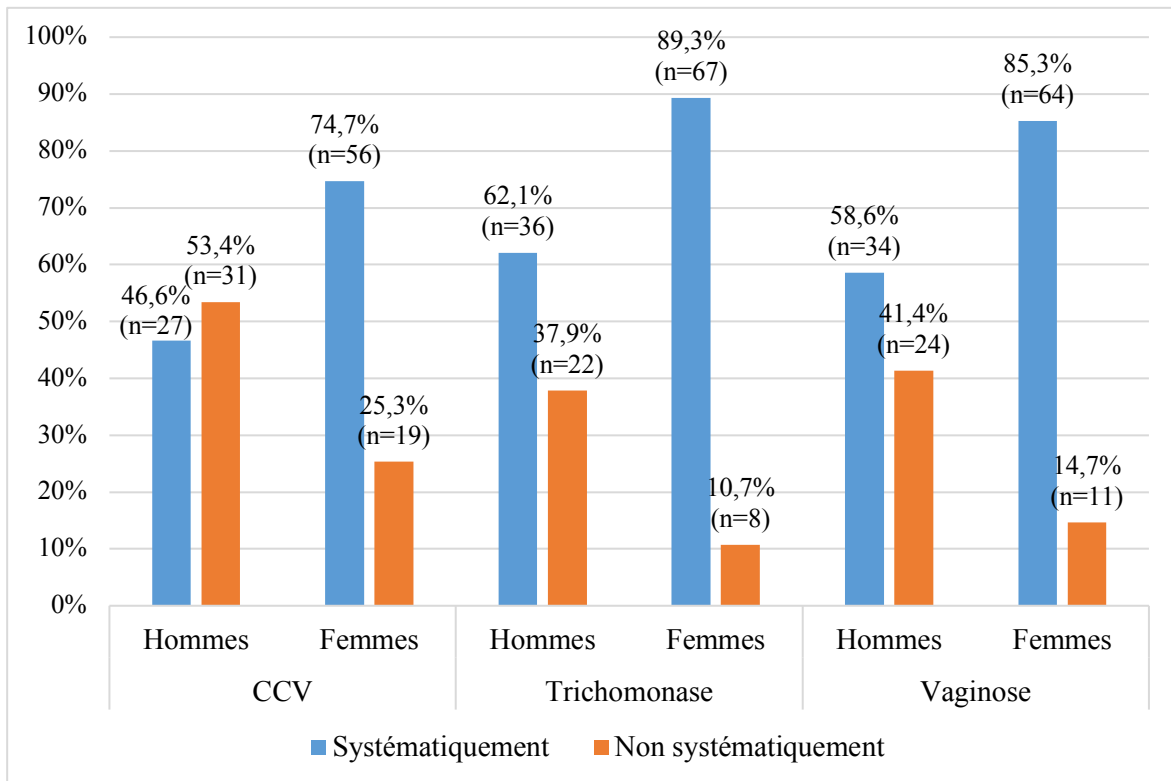


Figure 14 : Réalisation d'un examen clinique selon le sexe pour les 133 médecins généralistes interrogés

Les femmes réalisaient significativement plus fréquemment un examen clinique systématique que les hommes, tant pour la CVV ($p=0,002$) que pour la trichomonase ($p=0,0004$) et pour la vaginose ($p=0,001$).

III.7.2. Examen clinique selon l'âge

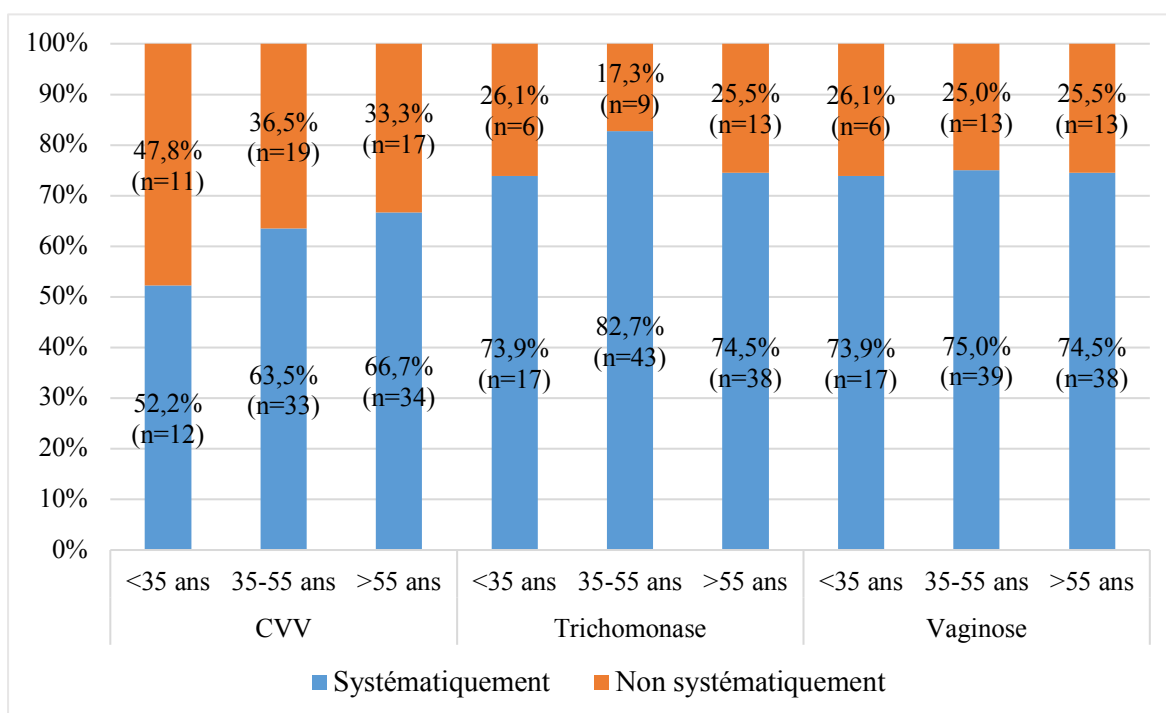


Figure 15 : Réalisation d'un examen clinique selon l'âge pour les 126 médecins généralistes répondeurs

Il n'existait pas de différence statistiquement significative liée à l'âge dans la réalisation d'un examen clinique systématique quelle que soit la pathologie : $p=0,49$ pour la CVV, $p = 0,54$ pour la trichomonase et $p =0,99$ pour la vaginose.

IV. DISCUSSION

IV.1. Profil des médecins répondeurs

Données de notre étude (n=133)		Données picardes 2015 (n=2110)
SEXE (sexe ratio : 0,78)		
Homme	58 (43,6%)	1392 (66,0%)
Femme	75 (56,4%)	718 (34,0%)
AGE (Moyenne = 49,8 ans - Écart type = 12)		
< 35 ans	23 (17,3%)	118 (5,6%)
35-55 ans	52 (39,1%)	913 (43,3%)
> 55 ans	51 (38,3%)	1079 (51,1%)
NSP	7 (5,3%)	-
MILIEU D'EXERCICE		
Urbain	41 (30,8%)	-
Semi-rural	52 (39,1%)	-
Rural	39 (29,3%)	-
NSP	1 (0,8%)	-

NSP : ne se prononce pas

Tableau 5 : Principales caractéristiques démographiques de notre population d'étude comparées aux médecins picards en 2015

Dans cette étude, la répartition des sexes et des âges n'est pas comparable à celle constatée en Picardie au cours de l'année 2015 [20], avec une différence significative sur le sexe ($p < 0,01$) en raison d'une majorité de femmes ayant répondu à notre étude, et sur le critère âge ($p < 0,01$) avec une sur-représentation des moins de 35 ans.

Notre population d'étude n'est donc pas représentative de la population médicale de la région ciblée. Les femmes et les jeunes médecins semblent plus impliqués dans la prise en charge des pathologies vulvovaginales, ce qui expliquerait qu'ils ont davantage répondu à cette étude. On peut supposer que la formation initiale des jeunes médecins les a incités à répondre davantage.

Le milieu d'exercice n'a pu être comparé, faute de données picardes.

La majorité des médecins généralistes répondeurs (98,5%) semblent concernés par la prise en charge des vulvovaginites. Cependant, les motifs pour lesquels ils se sentent concernés divergent : **60% des médecins interrogés ont déclaré être impliqués par nécessité uniquement.** Seulement 31% des médecins ont fait part d'un attrait pour le sujet.

De ce fait, on peut supposer que les non-répondants ne se sentent pas particulièrement intéressés par ce sujet. Il est dommage de constater que ces pathologies sont prises en charge davantage par obligation que par intérêt, alors que les médecins sont censés intervenir en première ligne.

IV.2. Forces et limites de l'étude

IV.2.1. Forces de l'étude et avantages liés à méthode

Cette étude est, à notre connaissance, la première à s'intéresser aux pratiques médicales concernant la prise en charge des principales vulvovaginites, tant à l'échelle de la Picardie, région fortement impactée par le manque de gynécologues, qu'au niveau national. Nos recherches bibliographiques en amont n'ont permis d'identifier aucun travail sur ce thème. Une seule étude concernant la prise en charge des pathologies vulvovaginales chez la jeune fille prépubère a été trouvée [26]. Cette étude est donc novatrice dans ce domaine.

Un taux de participation s'élevant à 26,6 % est relativement satisfaisant et laisse supposer que le sujet choisi intéresse les médecins et fait partie de leur pratique au quotidien.

Le questionnaire court, tenant sur une page recto-verso, a permis de faciliter son remplissage. Un élément très satisfaisant de cette étude est le fait que les questions ont été correctement remplies. En effet il n'y a eu que très peu de questions laissées sans réponse.

L'envoi postal a été effectué de manière groupée et hors période de vacances scolaires afin de favoriser un maximum de retours. La participation à notre étude n'engendrait aucun coût pour les médecins généralistes grâce à la mise à disposition d'une enveloppe retour T. C'est un facteur qui a probablement limité la réticence de certains à répondre au questionnaire.

IV.2.2. Limites de la méthode et biais de l'étude

Malgré ses points forts, notre méthode présente aussi quelques inconvénients :

- En raison de son coût, la diffusion du questionnaire a été limitée à un seul envoi et aucune relance n'a été possible. Nous avons un taux satisfaisant de participation mais les 134 médecins répondants ne correspondent qu'à 6,3 % des médecins généralistes

picards. Néanmoins, après réflexion longue concernant la méthodologie, notre méthode nous a semblé être la seule réalisable tout en limitant les biais au maximum.

- Le retour par voie postale impliquait dans un second temps que les médecins se déplacent vers une boîte postale et certains questionnaires, bien que remplis, ont pu être oubliés et jamais renvoyés.

Même si la méthodologie visait à limiter au maximum tout biais, certains étaient inévitables.

IV.2.2.1. Population étudiée et biais de sélection

Nous avons souhaité dresser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en région picarde, et ce avant la réunion administrative des régions Picardie et Nord-Pas-de-Calais pour former la région Hauts-de-France. Notre objectif était de réussir à interroger un maximum de médecins. Nous nous sommes cantonnés au secteur géographique universitaire, mais élargir le champ de la population d'étude à cette nouvelle région aurait permis d'inclure des médecins d'une plus grande partie du territoire, et donc d'asseoir un peu plus nos résultats.

Comme pour tout questionnaire, les participants doivent effectuer une démarche personnelle et volontaire en fonction de l'intérêt qu'ils portent au sujet. On peut penser que les médecins les plus intéressés par la gynécologie ont davantage répondu que les autres, créant ainsi un biais de sélection. En définitive, on peut penser que notre échantillon était mieux informé et plus sensibilisé que la population générale des MG picards.

En parallèle et malgré un taux de réponses satisfaisant, nous pouvons nous interroger sur les raisons pour lesquelles les professionnels n'ont pas souhaité participer à cette étude. N'ont-ils pas répondu au questionnaire par manque de temps, par manque de connaissances, par manque d'intérêt ou du fait d'un trop grand nombre de questionnaires à remplir ? Il n'est pas à exclure que les non-participants aient une pratique différente. Cela constitue un biais de non-réponse.

IV.2.2.2. Critère d'inclusion et biais de recrutement

La sélection des médecins généralistes s'est faite par l'intermédiaire de la rubrique « Médecins généralistes » de l'annuaire papier des Pages Jaunes de 2017, document mis à jour annuellement, mais non officiel. Un certain nombre de praticiens ont ainsi pu être inclus

à tort, ou au contraire omis, du fait de données mal renseignées dans cette base de données. 8 enveloppes d'envoi m'ont d'ailleurs été retournées car non délivrées à l'adresse indiquée. Il aurait été préférable d'inclure les médecins généralistes à partir de listes officielles à jour pour limiter ce biais de recrutement. Ni l'URPS ni l'ordre des médecins n'ont pu me fournir ces listes jugées confidentielles malgré mes demandes.

IV.2.2.3. Le questionnaire et ses biais

Nous avons fait le choix d'un questionnaire court sur une feuille recto-verso. Il existait des biais dans sa composition.

La première partie portant sur les caractéristiques des médecins regroupait trois questions (sexe, âge, milieu d'exercice), requérant des réponses simples et rapides, nécessaires à la description de notre population. La question de l'intérêt porté à l'étude avait pour but de retenir l'attention des médecins qui auraient pu ne pas être intéressés par le sujet. Cependant plus de 98,3% des médecins ont répondu positivement. Une partie de ceux qui auraient pu répondre négativement n'ont pas renvoyé le questionnaire.

Dans la seconde partie, nous avons abordé les trois pathologies vulvovaginales en analysant en premier lieu l'attitude diagnostique, en second lieu l'attitude éducative et enfin l'attitude thérapeutique.

En ce qui concerne l'attitude diagnostique, certaines questions manquaient de précision, notamment dans la prise en charge de la CVV où il n'était pas précisé si l'épisode avait un caractère récurrent ou non. Pour le traitement du partenaire, il n'était pas indiqué le caractère symptomatique ou non. Cela a pu engendrer un biais de réponse et donc également d'analyse.

L'utilisation d'un nombre impair de propositions pour les questions concernant l'examen clinique et le prélèvement vaginal a pu inciter les médecins à choisir la réponse du milieu « parfois », sans prendre clairement parti. Cependant, on ne constate pas davantage de réponses de ce type pour ces questions. L'impact de ce possible biais de réponse semble limité.

Au sujet de l'attitude éducative, le fait d'avoir listé différentes mesures éducatives a probablement conduit les médecins à optimiser leurs réponses. C'est un autre biais d'analyse. On peut se demander : qu'en aurait-il été si on avait uniquement laissé une zone

de texte libre pour y répondre ? Une analyse de ce type de réponse aurait néanmoins été difficilement réalisable dans le cadre d'une étude quantitative.

Enfin, pour l'attitude thérapeutique, l'élaboration du tableau du questionnaire n'a pas été évidente. Après réflexion et l'établissement de plusieurs versions du tableau, j'ai volontairement supprimé la colonne « molécules utilisées et posologies » initialement prévue, afin de limiter le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et favoriser le taux de participation. En effet, le tableau étant déjà assez difficile à remplir, ces données auraient probablement alourdi le questionnaire et favorisé les non-réponses. Cependant, ces données auraient pu être pertinentes et représentent une limite certaine de notre interprétation des résultats. Enfin, un biais majeur s'est glissé par erreur dans le tableau : une erreur de classification pour les molécules de métronidazole (Flagyl®) et de secnidazole (Secnol®). Elles figuraient dans la catégorie « antifongiques généraux » alors qu'elles auraient dû figurer dans la catégorie « antibiotiques ». Seuls deux médecins l'ont notifié dans la marge. La correction a été effectuée pour une bonne analyse des résultats.

IV.2.2.4. Biais de mesure

Les données ayant été obtenues grâce à des questionnaires adressés par courrier postal, la nature déclarative des répondants n'a pu être contrôlée. Les réponses ainsi obtenues sont susceptibles de ne pas refléter les pratiques réelles des praticiens au cours de la période étudiée.

IV.2.2.5. Limites de l'étude

L'échantillon de notre étude n'étant pas représentatif de la population étudiée, les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population médicale picarde.

Il semblerait qu'il existe des différences de prise en charge selon l'âge des médecins, mais le manque d'effectif n'a pas permis le calcul d'un p.

IV.3. Un diagnostic parfois difficile

IV.3.1. Place de l'examen clinique

Dans notre étude, pour les trois pathologies confondues, les médecins généralistes réalisaient « systématiquement » un examen clinique dans 60 à 78% des cas.

Ces résultats traduisent le fait que **l'examen clinique n'est pas systématique devant une plainte vulvovaginale pour un quart des médecins interrogés.**

Préalablement à toute prise de position, il est sans doute essentiel de comprendre les motivations qui poussent les médecins à ne pas examiner systématiquement leurs patientes. Les raisons les plus fréquemment mentionnés par les médecins généralistes qui réalisaient « parfois » un examen clinique étaient : « en cas de récurrence » ou « en cas de doute diagnostique ». Le diagnostic reposerait donc uniquement sur l'interrogatoire pour ces médecins. On peut par ailleurs supposer que la non-réalisation de l'examen clinique peut être sous-estimée si on considère que les médecins répondants ont voulu dépendre positivement leurs pratiques.

Le diagnostic d'infection génitale de la femme est d'abord clinique [2]. Les données de l'examen clinique restent donc essentielles. En effet, elles renseignent sur la nature de l'écoulement et permettent l'élimination de diagnostics différentiels tels qu'une pathologie dermatologique ou une infection génitale haute. L'étude de J.-M. Bohbot portant sur la diversité étiologique des vulvovaginites souligne qu'un examen clinique est indispensable afin d'orienter l'anamnèse [5].

Cependant de nombreux auteurs s'accordent sur le fait que l'importance de la symptomatologie n'est pas corrélée de façon évidente à la présence d'une pathologie. Les erreurs de diagnostic sont courantes. En effet, une étude menée par D. Moreira portant sur la symptomatologie présentée par les patientes (triade : prurit, leucorrhées anormales, sensations de brûlure) montre une prédictivité étiologique moyenne. La clinique est parfois trompeuse : face à des symptômes typiques de mycose, un diagnostic sur deux est faux. La symptomatologie et l'examen clinique ont une valeur prédictive relativement faible puisque 35 à 40 % seulement des femmes présentant un prurit et un érythème vulvaire ont réellement une CVV [27]. C'est peut-être la raison pour laquelle certains médecins répondants se passent de l'examen clinique si l'anamnèse leur semble suffisante.

Dans notre étude, les **hommes réalisent significativement moins souvent un examen clinique systématique que les femmes, et ce pour les trois pathologies.** Spontanément, on est en droit de se demander si le genre du médecin impacte la réalisation de l'examen clinique. Les hommes sont-ils plus réticents à réaliser un examen gynécologique ?

En 2010, la thèse de S. Dias portant sur la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes soulève la problématique du genre du médecin. En effet, les patientes étaient plus gênées face à un médecin homme lors des consultations à motif gynécologique [19]. On peut donc supposer que c'est un élément d'explication du fait que les médecins de sexe masculin semblent réaliser des examens gynécologiques moins fréquemment dans le cadre des pathologies vulvovaginales. Néanmoins, dans une étude sociologique, L. Guyard se penche sur la consultation gynécologique et la gestion de l'intime. L'idée selon laquelle une patiente se sentirait plus à l'aise face à un médecin femme est à nuancer. Ainsi, il apparaît que les mécanismes dans lesquels s'inscrit la variable de l'identité sexuelle du médecin sont plus complexes et plus profonds que ceux d'une homophilie communément supposée [28].

Selon J.D. Sobel, la non-spécificité des symptômes ne permet pas de poser de diagnostic de façon fiable sans le recours aux analyses microbiologiques [2].

L'étude du pH vaginal, l'examen microscopique direct des sécrétions sur lame et le Sniff test sont historiquement conseillés avant tout autre examen. L'ensemble de ces données permet de poser plus aisément un diagnostic grâce au calcul du score d'Amsel pour la vaginose, à la visualisation du parasite pour le trichomonas, et à la visualisation de spores ou de filaments mycéliens pour la CVV.

Cependant, leur réalisation est contraignante et très peu de praticiens réalisent l'ensemble des examens. En France, en cabinet de ville, le médecin généraliste ne pratique en général, ni examen direct des pertes au microscope, ni mesure du pH, ni test à la potasse (ensemble de tests permettant, avec un examen clinique attentif, de poser un diagnostic différentiel). Son diagnostic est le plus souvent fondé sur la description des symptômes par la patiente et l'examen clinique [29].

IV.3.2. La place du prélèvement vaginal

Même si la plupart des infections vaginales peuvent être diagnostiquées par une anamnèse adéquate et un bon examen clinique, une identification biologique est parfois indispensable. Le prélèvement des parois vaginales avec un examen direct sur lame et une coloration de Gram est l'examen de référence pour les vulvovaginites.

Dans notre étude, **dans le cas de la CVV, la grande majorité des médecins (71,4%) réalisaient un prélèvement vaginal en cas de récurrence ou d'échec du traitement initial.** Ces résultats sont en accord avec les recommandations des études de Richter et Lurie

d'asseoir la nouvelle prise en charge sur la réalisation d'examens microbiologiques en cas d'échec du traitement initial [7,8]. Toutefois, on peut s'étonner qu'une partie non négligeable des médecins n'en réalisent jamais (20,3%).

Pour les vulvovaginites à *Trichomonas*, la clinique est évocatrice. Le diagnostic positif est posé par la visualisation du parasite par l'examen direct à l'état frais au microscope optique [12]. Cependant, celui-ci étant rarement, voire jamais réalisé en cabinet de ville [29], le PV devrait être systématique pour une mise en culture. Dans notre étude **seulement 64,7% réalisaient un PV en première intention pour la trichomonase**. Est-ce par manque de connaissance ou parce que les MG jugent la clinique suffisamment évocatrice ?

Dans notre échantillon, **on constate une tendance à réaliser « systématiquement » un PV pour la vaginose (51,1%), qui concerne donc près d'un médecin sur deux**. D'après le CNGOF, le diagnostic de vaginose est essentiellement clinique et le recours à l'examen cyto bactériologique vaginal est rarement utile [24]. Un traitement d'épreuve est préférable. L'examen direct des sécrétions vaginales par une coloration de Gram et son interprétation selon les critères de Nugent ont la préférence des auteurs pour le dépistage d'une vaginose bactérienne en cas de récurrence. Cette forte prescription de PV par nos médecins répondants dans la vaginose peut être expliquée par la possible crainte de passer à côté d'une étiologie mixte, comme le suggère l'étude de J.C Bohbot [5].

Un médecin ayant répondu « parfois » pour la CVV précisait qu'il réalisait systématiquement un PV en cas d'automédication de la patiente. Des trois infections vaginales, la mycose est la seule pathologie pour laquelle des solutions thérapeutiques sont disponibles sans ordonnance, en pharmacie. L'assurance maladie préconise le recours à l'automédication des patientes ayant déjà présenté des vaginites mycosiques et capables d'identifier sans aucun doute les symptômes typiques de cette affection [10].

Cette attitude ne vaut pas pour les autres vaginites (vaginose bactérienne, vaginite à *Trichomonas*) où le risque d'une mauvaise prise en charge expose la femme à des risques (prématurité en cas de grossesse, infection vaginale haute, transmission de l'infection, etc.). Devant une pathologie bien connue sans risques de complications majeures, l'automédication semble possible. Cependant cette accessibilité facilitée peut favoriser un mauvais diagnostic avec le risque de mésusage récurrent d'un traitement antifongique. Un tel mésusage peut potentiellement entraîner l'apparition de résistance de *Candida albicans* ou la recrudescence d'infections à d'autres *Candida* sur lesquels les traitements azolés sont

moins efficaces. Enfin, le délai d'établissement du bon diagnostic peut être retardé, ce qui est toujours préjudiciable, surtout en cas d'IST [30].

A. Boisivon a étudié la correspondance bactériolo-clinique entre le diagnostic clinique et la bactériologie de prélèvements vaginaux réalisés chez 194 patientes consultant un médecin généraliste pour une symptomatologie de vulvovaginite. Il conclut que le diagnostic clinique de mycose était souvent concordant avec l'analyse bactériologique, ce qui n'était pas le cas pour les autres causes de vulvovaginites [31]. Ce résultat confirme ainsi la possibilité d'une automédication en cas de CVV.

Il est intéressant de noter que, dans l'étude de F. Bretelle, les résultats suggèrent qu'en cas d'échec d'un premier traitement, une prise en charge probabiliste est aussi efficace et probablement plus économique qu'une stratégie thérapeutique orientée par la réalisation d'examens complémentaires [9].

J.D. Sobel évoque le fait que l'idéal serait de pouvoir réaliser un prélèvement bactériologique d'emblée et de vérifier après analyse de quel type de mycose la patiente souffre exactement. En effet, la non-spécificité des symptômes ne permettrait pas de poser le diagnostic de façon fiable sans un recours aux analyses microbiologiques [2].

Il semble que la clinique joue un rôle primordial dans l'orientation diagnostique et la mise en place d'un traitement de première intention. Les examens bactériologiques se révèlent donc utiles en cas de récurrence de candidose et de vaginose ou en cas de suspicion initiale d'IST dans la trichomonase.

L'aide diagnostique par le prélèvement vaginal ne semble pas aussi importante qu'elle n'y paraît. D'après les résultats de notre étude, l'indication du PV semble bien comprise pour la CVV et la trichomonase. Ce n'est que pour la vaginose où le PV est réalisé par excès. L'examen est d'ailleurs plus coûteux que le traitement lui-même (tarification CCAM, PV : 12,46€) et les résultats ne sont obtenus qu'après plusieurs jours. Or, la nécessité étant de soulager la patiente rapidement, ceci peut expliquer pourquoi **le traitement empirique est prescrit le plus souvent en première intention par les médecins répondeurs.**

Parmi les médecins qui réalisent un PV dans notre étude, **seulement 13 % des médecins en attendent le résultat pour la CVV, 28,7% pour la trichomonase et 31,3% pour la vaginose avant d'initier un traitement.** Ces chiffres soulèvent de nouveau la

problématique de l'approche de la vaginose : pour une pathologie où le diagnostic est avant tout clinique, plus d'un tiers des médecins attendent des résultats bactériologiques.

IV.4. Une attitude éducative bien menée

Hygiène intime :

On note que **cette mesure éducative a été majoritairement prise pour toutes les pathologies confondues. Les règles d'hygiène intime ont été conseillées par 96,2% des médecins pour la CVV, 74,4% pour la trichomonase et 83,5% pour la vaginose.** Comme la plupart des auteurs, les MG considèrent que le manque d'hygiène favorise les vulvites. Par ailleurs, des rappels concernant l'hygiène et l'utilisation de savons alcalins avaient été également cités par certains professionnels lors des questions portant sur l'attitude thérapeutique. Ceci confirme le caractère prioritaire de cette mesure éducative.

Cependant, la littérature concernant les habitudes d'hygiène intime souligne le fait que l'excès d'hygiène peut également entraîner un déséquilibre de la flore et favoriser la survenue de vaginites [10]. Une étude multicentrique basée sur l'application locale de Saforelle® démontre que son utilisation représenterait un excellent adjuvant des traitements étiologiques des vulvovaginites, notamment avec une action marquée sur les symptômes de prurit et d'érythème, avec une bonne tolérance [32]. Les conseils d'hygiène devraient prôner une hygiène appropriée et non excessive : utilisation d'une base lavante douce avec un pH alcalin ou physiologique, éviction des douches vaginales [10].

Impact de l'utilisation de préservatifs :

Le port du préservatif est largement recommandé dans les trois pathologies même hors IST. **Plus de la moitié des médecins (58,7 %) le recommandent dans notre étude pour la CVV.** Pourtant la physiopathologie de la CVV ne requiert pas ces mesures préventives. Est-ce par méconnaissance ou plutôt par excès ?

Sans surprise, **la majorité des médecins (80,7%) le recommandent pour la trichomonase.** Ceci est évidemment justifié par le caractère sexuellement transmissible de cette pathologie.

Un médecin sur deux (50,4 %) préconisaient le port du préservatif en mesures associées dans la vaginose. Plusieurs sources indiquent que l'utilisation systématique du préservatif est associée à de faibles risques de vaginose bactérienne [33, 34]. Selon Smart, les préservatifs auraient un effet protecteur [35]. Le préservatif constitue une barrière qui prévient de changements au sein de la flore vaginale et évite l'alcalinisation par le sperme. Les relations sexuelles non protégées peuvent aboutir à un risque élevé de développement de flore vaginale instable ou/et de vaginose bactérienne [36].

Informations et bilan IST :

Cette étude montre l'implication des médecins généralistes concernant la prise en charge des IST. En effet, **des informations sont données dans 45,5% des cas pour la CVV, dans 84,2% des cas pour la trichomonase et 51,9% des cas pour la vaginose.** La candidose et la vaginose n'étant pas considérées comme des IST, il est intéressant de voir que le sujet est tout de même très largement abordé au cours de la consultation. La plainte vulvovaginale permettrait donc au médecin d'aborder ce thème qu'il n'aurait peut-être pas eu l'occasion d'aborder facilement en d'autres circonstances. Cela expliquerait également une forte prescription de bilans d'IST par les médecins interrogés pour les trois pathologies confondues.

En effet, 27,8% des médecins répondants réalisaient un bilan d'IST en cas de CVV. Ce chiffre semble assez élevé pour une pathologie qui n'est pas sexuellement transmissible.

Dans le cas d'une vaginite à Trichomonas, la réalisation d'un bilan de recherche d'autres IST est légitime. **Pourtant 24% des médecins répondants n'en réalisent pas, ce qui est assez discordant au vu de la pathologie.**

S'ils n'en réalisent pas, est-ce par méconnaissance de son caractère sexuellement transmissible ? Cette étude portant sur une évaluation des pratiques et non des connaissances, la question n'a pas été posée en tant que telle. Cependant, le fait que presque un quart des médecins ne réalisent pas de bilan d'IST dans ce contexte interpelle.

Reste la vaginose pour laquelle les pratiques ne sont pas homogènes : **39,9% des médecins réalisent un bilan d'IST contre 58,6% qui n'en réalisent pas et 1,5% qui ne se prononcent pas.** La vaginose bactérienne n'est pas considérée comme une IST, mais il est intéressant de noter qu'elle est plus courante chez les femmes actives sur le plan sexuel, et que le risque semble être proportionnel au nombre de partenaires sexuels et à la fréquence

des relations sexuelles [37]. Elle peut favoriser la transmission d'IST. La réalisation d'un bilan IST dans le cadre d'une vaginose peut donc également être légitime selon le contexte.

Bien que le bilan des IST dans notre étude semble être pratiqué à l'excès dans le cas d'une CVV ou d'une vaginose, cette tendance peut s'expliquer par le fait que la survenue d'une vaginite serait l'occasion de faire de la prévention en termes d'IST au cours de la consultation. Elle permettrait également d'aborder la question de la sexualité, chose moins évidente en dehors d'un contexte particulier. Notre questionnaire ne précise néanmoins pas si ce bilan est réalisé de manière systématique ou seulement en cas de comportement à risque.

De plus, depuis la fin des années 1990, on constate une recrudescence des IST dans les pays industrialisés, notamment pour la gonococcie, la chlamydie et la syphilis qui progressent toujours en France. Le caractère asymptomatique de la plupart des IST rend le dépistage indispensable au sein de la population sexuellement active, et devient donc un enjeu majeur de santé publique. Les autorités estiment entre 40000 et 50000, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité au VIH en France [38]. Les structures susceptibles de diagnostiquer les IST sont multiples et géographiquement dispersées. Dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France », le MG apparaît comme le recours privilégié, toutes IST déclarées, pour 55,3% des hommes et pour 20,1% des femmes (64,3% ayant recours au gynécologue libéral) [39].

Place de l'abstinence :

Plusieurs médecins ont indiqué recommander l'abstinence pour les trois pathologies. Pour la trichomonase, les lignes directrices 2010 des « Centres for Disease Control » suggèrent l'abstinence jusqu'à ce que le patient et son/sa partenaire aient été traités et soient asymptomatiques [40]. Pour la CVV et la vaginose, cela semble inutile.

IV.5. Attitude thérapeutique : des associations multiples

IV.5.1. La candidose vulvovaginale

93,2 % de médecins avaient la bonne attitude thérapeutique en prescrivant des antifongiques locaux. La prescription de probiotiques concernait 38,4 % des médecins, et une part non négligeable (18,8 %) traitaient d'emblée par des antifongiques généraux.

Selon l'étude de M.C. Watson, le traitement intra-vaginal est aussi efficace que le traitement per os, et conduit à la guérison dans 80 à 90% des cas. L'association d'un topique vulvaire local au traitement intra-vaginal n'a pas montré d'efficacité supérieure [41].

Dans notre étude, **63,9% des médecins proposaient un traitement pour le partenaire en cas de candidose. Ce pourcentage semble particulièrement élevé.** Cependant, le questionnaire ne précisait pas dans quelles conditions : partenaire symptomatique ou pas. Certains d'entre eux avaient précisé en commentaire que c'était lorsque celui-ci présentait des signes cliniques. Ceci est cohérent avec les recommandations de l'OMS qui précisent que le traitement systématique par crème antifongique des partenaires de femmes atteintes de mycose génitale récidivante ne repose sur aucune justification médicale. Le traitement est indiqué lorsque le partenaire présente des signes cliniques (balanite). Il peut être préconisé soit de traiter le partenaire, soit d'utiliser des préservatifs durant la durée du traitement, soit de conseiller l'abstinence durant une semaine sachant que les candidoses génitales chez l'homme guérissent spontanément [17].

IV.5.2. La trichomonase

La trichomonase étant une IST, la prise en charge est globalement bien décrite, que ce soit par l'OMS ou par le CNOGF. Le traitement repose sur un traitement antibiotique simple. Dans notre étude, **la prise en charge thérapeutique était très satisfaisante car le traitement par antibiotique était préconisé par 89,5% de nos médecins répondants.** Néanmoins, parmi les médecins qui avaient la bonne attitude thérapeutique, seulement 57,9% traitaient avec un antibiotique seul. **42,1% des médecins l'associaient à tort à une autre thérapeutique.** Près d'un médecin sur dix (11,3%) l'associait à des antifongiques locaux et 15,8% à des probiotiques. Est-ce par manque de connaissances précises de la pathologie ?

Dans notre étude, **plus de 80% des médecins interrogés traitaient le partenaire**. Selon les recommandations de la SOCG, le traitement du partenaire, même sans dépistage préalable, améliore le taux de guérison [12]. Le traitement du partenaire a donc toute sa place pour la trichomonase.

IV.5.3. La vaginose bactérienne

D'après la littérature, le métronidazole (Flagyl®) en prise orale pendant 7 jours est la posologie à privilégier [14]. Le taux de guérison clinique et microbiologique est de 70 à 85 %. Nous avons pu observer dans notre étude que **72,2% des médecins traitaient la vaginose avec des antibiotiques et que 54,1% prescrivait des probiotiques. Comme pour les pathologies précédentes, on retrouve une forte tendance à associer plusieurs classes thérapeutiques**. En effet, 27,8% des médecins prescrivait des antibiotiques seuls contre 27% qui les associaient avec des probiotiques. Par ailleurs, une minorité non négligeable de 7,5% des médecins traitaient la vaginose par probiotiques seuls.

Dans notre étude, quasiment **40% des médecins traitaient le partenaire en cas de vaginose**.

Une étude menée par Amaya-Guio portant sur les traitements antibiotiques pour les partenaires sexuels de femmes atteintes de vaginose soulignait qu'il n'y a pas lieu de traiter les partenaires sexuels au cours d'une vaginose. En effet par rapport au placebo, le traitement antibiotique des partenaires des femmes traitées pour une vaginose bactérienne n'a eu aucun effet sur les critères d'évaluation clinique ou l'amélioration des symptômes chez les femmes, quelle que soit la période pendant laquelle ceux-ci étaient évalués [42]. Ces résultats vont dans le sens des recommandations de l'OMS [17] selon lesquelles le traitement systématique des partenaires sexuels est strictement inutile quand ceux-ci sont asymptomatiques.

Certains prescrivait également des dérivés antiseptiques locaux, qui, selon la HAS, n'ont plus leur place dans la prise en charge des infections génitales basses [16].

Ainsi, les prises en charges thérapeutiques concernant les trois principales pathologies vulvovaginales illustrent une tendance à associer plusieurs classes thérapeutiques bien que cela ne soit pas toujours indiqué. Est-ce devant une incertitude diagnostique que les médecins privilégient des traitements mixtes ?

La candidose et la trichomonase restent dans l'ensemble bien prises en charge sur le plan thérapeutique car probablement mieux connues que la vaginose. Il existe une différence de pratiques dans la prise en charge de la vaginose surtout sur le plan diagnostique et thérapeutique. Est-ce donc une entité moins comprise que les autres pathologies ? Elle est probablement plus complexe en raison de son fort taux de récurrence.

Nous remarquons donc que les pratiques ne sont pas homogènes, ce qui s'explique probablement par un manque de recommandations précises sur les traitements à choisir.

Il existe néanmoins des outils d'aide à la prescription en ligne facilement utilisables en pratique courante de médecine générale - citons Antibioclic, qui est un outil d'assistance à la décision thérapeutique en antibiothérapie en soins primaires. Il permet le choix d'une antibiothérapie basée sur les recommandations des sociétés savantes françaises.

IV.5.4. Comment utiliser les pré/probiotiques ?

Les préparations de lactobacilles sont souvent utilisées pour le traitement de la vaginose et de la CVV. On retrouve également cette tendance dans notre étude puisque **38,4% des médecins prescrivaient des pré/probiotiques pour la CVV et 54,1 % pour la vaginose**. Notons que dans le cadre de la prise en charge de la trichomonase, 12,8 % des médecins prescrivaient des probiotiques en association aux antibiotiques. Là encore, nous constatons des prises en charge multiples, du fait d'un manque de recommandations sur ce sujet.

Les prébiotiques sont des produits destinés à favoriser l'implantation des lactobacilles en créant un « climat » propice. Ces produits acidifient le milieu vaginal, réduisant la prolifération de germes anaérobies (bactériostase physiologique du pH vaginal < 5), et limitent ainsi le risque de récurrence après traitement antibiotique. Cette réduction du nombre d'anaérobies va favoriser un rééquilibre de la flore au profit des lactobacilles [24].

Les probiotiques sont définis par l'OMS comme des « micro-organismes vivants qui, lorsqu'ils sont ingérés en quantité suffisante, ont un effet bénéfique sur la santé de l'hôte ». Les bactéries lactiques comptent parmi les principaux probiotiques ; elles comprennent en particulier les lactobacilles (du genre *Lactobacillus*) et des bifidobactéries (du genre *Bifidobacterium*) [43].

Notre connaissance en lactobacilles s'améliore. De plus en plus de travaux se font l'écho des résultats obtenus avec des probiotiques. Un petit essai randomisé mené auprès de femmes en bonne santé a montré que la prise de lactobacilles par voie orale était sans danger, qu'elle augmentait le dénombrement de lactobacilles vaginaux et qu'elle diminuait le nombre de levures comparativement au groupe sous placebo [44]. Cependant, dans un essai plus récent, randomisé, contrôlé et mené auprès de 278 femmes, la prise de *Lactobacillus rhamnosus* par voie orale et par voie intra-vaginale s'est avérée inefficace pour la prévention des CVV post-antibiothérapie [45].

Deux essais randomisés et contrôlés ont étudié l'emploi d'une combinaison topique à base de *Lactobacillus acidophilus* à faible dose et d'œstriol, pour la prise en charge de la vaginose bactérienne dans le premier, et pour celle de plusieurs infections (CVV, trichomonase et vaginose bactérienne) dans le second. Les deux essais ont montré sur le plan statistique une réduction significativement plus importante des symptômes et du rétablissement microscopique de la flore normale, comparativement au groupe sous placebo [46, 47].

Dans notre étude, plus d'un médecin sur deux (54,1%) utilisaient des probiotiques dans la vaginose bactérienne. Une des principales raisons de vaginoses à répétition est une mauvaise reconstitution de la flore bactérienne vaginale. Les agents infectieux responsables de la vaginose bactérienne peuvent produire des biofilms qui les protègent de l'action des antibiotiques. En cas de vaginoses récurrentes, il peut donc être utile d'associer au traitement antibiotique un traitement visant à restaurer la flore vaginale défaillante.

La persistance d'un biofilm produit par *Gardenerella vaginalis*, même après traitement, est probablement le principal obstacle à l'action des probiotiques. La composition de la flore vaginale qui varie d'une femme à l'autre, à la fois à l'état normal et à l'état perturbé, pourrait également expliquer les différences de résultat des traitements probiotiques. Les nouvelles thérapeutiques émergentes ont une approche qui combine l'utilisation d'antibiotiques avec des agents perturbateurs du biofilm [48].

Ainsi, je pense que préserver l'équilibre du microbiote vaginal semble être l'une des clés d'un bon équilibre féminin. Les probiotiques constituent des thérapeutiques

prometteuses en association aux traitements actuels, et notamment dans la prévention des récurrences. Leurs schémas thérapeutiques restent cependant à définir.

IV.6. Quand recourir à un spécialiste ?

Les motifs d'orientation vers un médecin spécialiste étaient en premier lieu **l'échec du traitement (61,6 % des médecins), puis le doute diagnostique (54,9 %), la présence de lésions pour 44,4% et enfin la récurrence pour 37,6%.**

Une minorité de médecins orientaient d'emblée vers un spécialiste (2,3%). Cette minorité de médecins étaient ceux qui ne se sentaient pas concernés par la prise en charge de ces pathologies. Malgré un manque d'intérêt certain pour ces pathologies, les médecins considèrent qu'il est de leur ressort de les prendre en charge.

L'inspection de la région vulvaire est indispensable à l'élimination de pathologies dermatologiques. En effet, la pathologie dermatologique vulvaire est très riche avec de nombreuses causes non infectieuses, en particulier les lichens génitaux (plan ou scléreux), mais aussi la dermatite séborrhéique, la maladie de Paget ou le psoriasis [49]. Si la pathologie prédomine sur la région vulvaire et qu'un traitement semble inefficace, il ne faut pas hésiter à demander un avis spécialisé. Cela souligne l'intérêt de l'examen clinique qui n'est malheureusement pas pratiqué systématiquement en cas de plainte vulvovaginale et peut retarder l'envoi vers un confrère.

IV.7. Perspectives d'évolution

IV.7.1. Vers une uniformisation des pratiques

Nous constatons qu'il semble exister une grande disparité dans les pratiques des médecins répondants. Les prises en charges sont multiples, tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique.

On peut donc imaginer que certains professionnels aimeraient recevoir des informations sur les conduites à tenir précises devant les principales vulvovaginites, d'autant que certains médecins avaient souhaité avoir un retour sur mon travail. Ces messages sont à véhiculer auprès des professionnels en exercice, notamment par le biais de formations médicales continues (FMC), du développement professionnel continu (DPC) ou des groupes de pairs.

Enfin, la formation des médecins généralistes de demain repose essentiellement sur leur formation initiale au cours de leur DES. La réforme du troisième cycle des études médicales propose désormais une nouvelle maquette intégrant un stage obligatoire en santé de la femme. Ce terrain de stage optimise ainsi l'acquisition de compétences indispensables en gynécologie médicale.

IV.7.2. Un examen unique pour le diagnostic des vaginites

Même si la plupart des infections vaginales peuvent être diagnostiquées par une anamnèse adéquate et un bon examen clinique, une identification biologique est parfois indispensable.

Un traitement mal ciblé sera au mieux inefficace mais peut s'avérer être un facteur aggravant. La disponibilité d'un examen biologique simple, sensible et spécifique pourrait être un apport non négligeable dans la conduite thérapeutique. Menée par l'université Johns Hopkins, une étude s'est attachée à évaluer les performances d'un nouveau test moléculaire permettant d'analyser le microbiote vaginal et d'identifier les trois infections les plus communes [50]. Les auteurs concluent que ce nouveau test peut poser avec précision le diagnostic des causes les plus communes des infections vaginales.

Cependant, en réponse à cette étude, Gilbert Donders nuance qu'un tel test conduirait probablement à un sur-traitement de ces pathologies car ces techniques moléculaires ne permettent pas de faire la distinction entre infection et colonisation [51].

V. CONCLUSION

Les infections vulvovaginales sont un motif fréquent de consultation des femmes chez le médecin. Nous avons étudié les pratiques d'une partie des médecins généralistes picards dans la prise en charge des principales vulvovaginites.

Bien que notre étude ait des limites concernant la représentativité de notre population, elle n'en demeure pas moins intéressante. Il ressort qu'un quart des médecins ne réalisent pas un examen clinique systématique pourtant indispensable, et que la place du prélèvement vaginal ne semble pas évidente.

L'approche du médecin face aux plaintes vulvovaginales se fait plus par obligation que par attrait. Même si certains médecins ne sont pas toujours intéressés par la prise en charge des pathologies décrites dans notre étude, la consultation gynécologique se prête bien à une prise en charge globale. En effet, les conseils donnés aux patientes sont satisfaisants, l'information et la recherche d'IST sont largement abordés. L'autodiagnostic et l'automédication rendent parfois délicat le travail du praticien. Un interrogatoire précis à la recherche de facteurs favorisants et de diagnostic différentiel ainsi qu'un examen clinique bien conduit sont donc essentiels.

Nous avons également pu observer des prises en charge thérapeutiques multiples, avec une tendance à la prescription de nombreuses associations pas toujours nécessaires. Parmi les trois vulvovaginites les plus fréquentes, la vaginose reste une entité moins bien prise en charge que la candidose et la trichomonase, tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. A ce jour, bien que des recommandations internationales existent, les pratiques ne sont pas homogènes, probablement par manque de précision des recommandations sur les traitements à choisir. Les possibilités thérapeutiques sont nombreuses et laissent au prescripteur le choix d'adopter un schéma thérapeutique plutôt qu'un autre.

Devant des vulvovaginites récidivantes résistantes au traitement initial, en cas de doute diagnostique ou de lésions associées, un avis spécialisé est souvent demandé.

Bien que ces pathologies soient bénignes, leurs récurrences entraînent de réels désagréments. La candidose récurrente a un impact psychologique et sexuel et altère la qualité de vie des patientes. D'autre part, la récurrence des vaginoses est un problème de santé publique en raison de son incidence et du risque de complications infectieuses et obstétricales associées. Une prise en charge thérapeutique adaptée semble indispensable afin de prévenir les récurrences. Les traitements antibiotiques et antifongiques seuls pourraient ne pas permettre un rétablissement d'une flore vaginale équilibrée.

Dans la continuité de cette étude, afin de limiter les récurrences des vulvovaginites et le recours au prélèvement vaginal systématique, un consensus thérapeutique associant traitement antibiotique, antifongique et l'utilisation de probiotiques en médecine générale pourrait être un sujet d'études à venir. De même, la poursuite des recherches explorant les causes des principaux troubles de cette microflore, encore mal compris à ce jour, est nécessaire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Schmidt H, Hansen JG. Bacterial vaginosis in a family practice population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 ; 79 : 999-1005.
2. Sobel JD. Vulvovaginitis in healthy women. [En ligne]. *Compr Ther* 1999 ; 25 : 335. [Consulté le 14 septembre 2017]. Disponible sur <http://ultra-medica.net/Uptodate21.6/contents/mobipreview.htm?35/49/36633/abstract/4>.
3. Egan, M.E. and Lipsky, M.S. Diagnosis of Vaginitis. *American Family Physician* 2000 ; 62 : 1095-1104.
4. Landers, DV, Wiesenfeld, HC, Heine, RP, Krohn MA, Hillier SL. Predictive Value of the Clinical Diagnosis of Lower Genital Tract Infection in Women. [En ligne]. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190, 1004-1008. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.015>.
5. Bohbot JM, Sednaoui P. Diversité étiologique des vaginites. [En ligne]. *Gynecol. Obstet. Fertil* 2012 ; 40 : 578-81. [Consulté le 12 décembre 2017]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.08.001>.
6. Fidel PL Jr, Vazquez JA, Sobel JD. *Candida Glabrata*: Review of Epidemiology, Pathogenesis, and Clinical Disease with Comparison to *C. albicans*. *Clin Microbiol Rev* 1999 ; 12 : 80-96.
7. Richter SS, Galask RP, Messer SA, Hollis, RJ, Diekema DJ, Pfaller MA. Antifungal Susceptibilities of *Candida* Species Causing Vulvovaginitis and Epidemiology of Recurrent Cases. *J Clin Microbiol* 2005 ; 43 : 2155-2162.
8. Lurie S, Woliovitch I, Rotmensch S, Sadan O, Glezerman M. Value of vaginal culture in management of acute vaginitis. *Arch Gynecol Obstet* 2001 ; 265(4) : 187-9.
9. Bretelle F, Chiarelli P, Palmer I, Glatt N. Prise en charge des infections vaginales après échec d'un traitement probabiliste : le prélèvement vaginal est-il réellement utile ?. *Gynecol. Obstet. Fertil* 2015 ; 43 : 139-43.
10. L'Assurance maladie. L'automédication et la consultation médicale en cas de vaginite ; 2014. [En ligne]. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur <http://www.ameli-sante.fr/vaginite/que-faire-et-quand-consulter-en-casdevaginite.html>.
11. Van Schalkwyk J, Yudin MH. Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne. [En ligne]. *J Obstet Gynaecol Can* 2015 ; 37 : S1-S11. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.065>.
12. Quentin R. Écologie bactérienne vaginale. [En ligne]. CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. 2006. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GO_005_quentin.pdf

13. HAS – Haute Autorité de santé. Commission de la transparence secnidazole. [En ligne]. Janvier 2017. [Consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT15640_SECNOL_PIS_INS_AvisPostObs_CT15640.pdf
14. HAS. Commission de la transparence metronidazole. [En ligne]. Septembre 2015. [Consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT12987_FLAGYL_PIS_RI_Avis1_CT12987.pdf.
15. HAS. Commission de la transparence fluconazole. [En ligne]. Octobre 2013. [Consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT13001_FLUCONAZOLE_MAJORELLE_Avis1_CT13001.pdf
16. Infections génitales de la femme. Vidal recos. 2016, 6e édition, p1406-1424.
17. OMS. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. [En ligne]. [Consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur http://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf
18. Le Goaziou MF. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Revue du Praticien Médecine Générale 1999 ; 13 : 1645-1646.
19. Dias S. État des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins Généralistes d’Ile de France. Thèse médecine générale Paris VII ; 2010, 139p.
20. Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G, Chapdelaine P, et coll. La démographie médicale en région picardie en 2015. [En ligne]. CNOM ; 2015. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf
21. Mourges J-M. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2017 [En ligne]. [Consulté le 15 décembre 2017]. Disponible sur https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf.
22. Amouri I, Abbes S, Sellami H, Makni F, Sellami A, Ayadi A. La candidose vulvovaginale : revue. J Med Mycology. 2010 ; 20(2) : 108-15.
23. SFD 2016 : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les MST. [En ligne]. [Consulté le 15 décembre 2017]. Disponible sur [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)
24. Bohbot JM. Vaginose bactérienne - CNGOF - Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale . [En ligne]. 12.12.2007. [Consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GM_141_bohbot.pdf
25. Chantrel J, Brabant G, Bissinger MC et al. Conséquences obstétricales de la vaginose bactérienne - CNGOF - Extrait des Mises à jour en Gynécologie et obstétrique - 29.11.2006.

26. Lobo Ferreira de Sousa M. Prise en charge des vulvites et vulvovaginites chez les filles prépubères en médecine générale. Thèse médecine générale Toulouse III ; 2013, 36p.
27. Moreira D, Paula CR. Vulvovaginal candidiasis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 ; 92(3) : 266-7.
28. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psychosomatique* 2002 ; 27 : 81-92.
29. Wiesenfeld HC, Macio I. The infrequent use of office-based diagnostic tests for vaginitis. [En ligne]. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ;181(1) : 39-41. [Consulté le 15 janvier 2018]. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10411793>
30. Peltier E. La mycose vulvo-vaginale : automédication et réglementation en matière de publicité. Thèse de pharmacie. Université Josef Fournier de Grenoble ; 2015 , 109p.
31. Boisivon A, Berard H, Nandeuil A et coll. Diagnostic des vaginites en médecine générale : confrontation clinique et bactériologique. [En ligne]. *Médecine et maladies infectieuses* 2003 ; 33 : 202-205. [Consulté le 14 septembre 2017]. Disponible sur [http://dx.doi.org/10.1016/S0399-077X\(03\)00018-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0399-077X(03)00018-0)
32. Bohbot JM. Étude multicentrique d'applications locales de Saforelle. Centre Alfred Fournier, Cannes, 1990.
33. Hutchinson KB, Kip KE, Ness RB. Condom use and its association with bacterial vaginosis and bacterial vaginosis-associated vaginal microflora. *Epidemiology* 2007; 18(6) : 702-8.
34. Warner L, Stone KM, Macaluso M, Buehler JW, Austin HD. Condom use and risk of gonorrhea and Chlamydia: a systematic review of design and measurement factors assessed in epidemiologic studies. *Sex Transm Dis* 2006 ; 33(1) : 36-51.
35. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect* 2004; 80(1) : 58-62.
36. Schwebke JR, Richey CM, Weiss HL. Correlation of behaviors with microbiological changes in vaginal flora. *J. Infect. Dis* 1999 ; 180(5) : 1632-36.
37. Verstraelen H, Verhelst R, Vaneechoutte M, Temmerman M. The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behavior. *BMC Infect Dis* 2010 ; 10:81.
38. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris, 2010, 261p.
39. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte, 2008, 609p.
40. CDC. Centers for disease control and prevention. [En ligne]. Sexually Transmitted Diseases Guidelines 2015. [Consulté le 15 janvier 2018]. Disponible sur <http://www.cdc.gov/std/trichomonas/default.htm>

41. Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis. [En ligne]. Cochrane Database Syst Rev. 2001 ; (4) : CD002845. [Consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002845>
42. Amaya-Guio J, Viveros-Carreño DA et coll. Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis. [En ligne]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art. No. : CD011701. [Consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011701.pub2>
43. Rapport conjoint FAO/OMS sur les probiotiques. [En ligne]. 4 octobre 2001. [Consulté le 12 mai 2018] Disponible sur <http://www.fao.org/3/a-y6398f.pdf>
44. Reid G, Charbonneau D, Erb J et coll. Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003 ; 35 : 131-134.
45. Pirotta, M, Gunn J, Chondros P et coll. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis : a randomized controlled trial. [En ligne]. *BMJ* 2004 ; 329 : 548. [Consulté le 15 février 2018]. Disponible sur <https://doi.org/10.1136/bmj.38210.494977.DE>
46. Parent D, Bossens M, Bayot D et coll. Therapy of bacterial vaginosis using exogenously applied *Lactobacilli acidophili* and a low dose of estriol : a placebo-controlled multicentric clinical trial. *Arzneimittelforschung* 1996 ; 68 : 73.
47. Ozkinay E, Terek MC, Yayci M et coll. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections. *Br J Obstet Gynaecol* 2005 ; 112(2) : 234-240.
48. Swidsinski A, Mendling W, Loening-Baucke V et al. An adherent *Gardnerella vaginalis* biofilm persists on the vaginal epithelium after standard therapy with oral metronidazole. *Am J Obstet Gynecol* 2008 ; 198(1) : 97.e1-6.
49. Edwards L. Dermatologic causes of vaginitis: a clinical review. *Dermatol Clin* 2010 ; 28(4) : 727-735.
50. Gaydos CA, Beqaj S, Schwebke JR et coll. Clinical validation of a test for the diagnosis of vaginitis. [En ligne]. *Obstet Gynecol* 2017 ; 130(1) : 181-189. [Consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002090>
51. Gilbert Donders; Pedro Vieira Baptista. Clinical validation of a test for the diagnosis of vaginitis. [En ligne]. *Obstet Gynecol* Octobre 2017 ; 130(4) : 912 [Consulté le 2 mai 2018]. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002280>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire adressé aux médecins généralistes de Picardie

PATHOLOGIE VULVOVAGINALE EN MEDECINE GENERALE **Thèse de Médecine Générale, Marie-Anne DUBOILLE épouse DUQUENNE**

Ce questionnaire concerne vos patientes en âge de procréer.

I. Votre exercice :

Vous êtes : Un homme Une femme
Votre âge :
Vous exercez en milieu : Urbain Semi-rural Rural

Vous sentez-vous concerné(e) par la prise en charge des pathologies vulvovaginales en tant que médecin généraliste ?

Oui Si oui : par nécessité Non
 par attrait pour la spécialité
 autre :

II/ Pathologies vulvovaginales

ATTITUDE DIAGNOSTIQUE

Candidose vulvovaginale (CVV) : infection causée essentiellement par *Candida albicans*. Parmi les symptômes de la CVV non compliquée, on trouve un écoulement épais dont l'apparence évoque celle du fromage cottage, associé à un prurit vulvaire, à un érythème et/ou un œdème.

- Vous réalisez un examen clinique : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
- Vous réalisez un prélèvement vaginal (PV) : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
Si oui : vous traitez : sans attendre le résultat après confirmation au PV
- Vous prescrivez un bilan de suspicion d'IST : Oui Non
- Vous traitez le partenaire : Oui Non

Trichomonas vaginalis : infection due à un parasite anaérobie. La pathologie est connue sous le nom de trichomonase, les symptômes sont le plus souvent des leucorrhées abondantes, malodorantes, de couleur verte ou jaune s'accompagnant de vulvite et vaginite.

- Vous réalisez un examen clinique : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
- Vous réalisez un prélèvement vaginal (PV) : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
Si oui : vous traitez : sans attendre le résultat après confirmation au PV
- Vous prescrivez un bilan de suspicion d'IST : Oui Non
- Vous traitez le partenaire : Oui Non

Vaginose bactérienne : syndrome polymicrobien qui donne lieu à une baisse de la concentration en lactobacilles au profit de la flore anaérobie (*Gardnerella vaginalis*, le plus souvent). Les symptômes sont des leucorrhées grisâtres, fluides, malodorantes.

- Vous réalisez un examen clinique : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
- Vous réalisez un prélèvement vaginal (PV) : Systématiquement
 Parfois, précisez :
 Jamais
 Si oui : vous traitez : sans attendre le résultat après confirmation au PV
- Vous prescrivez un bilan de suspicion d'IST : Oui Non
- Vous traitez le partenaire : Oui Non

ATTITUDE EDUCATIVE

Vous proposez : (cochez vos réponses positives)

	<u>Candidose</u>	<u>Trichomonas vaginalis</u>	<u>Vaginose bactérienne</u>
Mesures hygiéniques			
Port de préservatif			
Information IST			
Autres, précisez :			

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Vous prescrivez : (cochez vos réponses positives)

	<u>Candidose</u>	<u>Trichomonas vaginalis</u>	<u>Vaginose</u>
<u>Antifongiques locaux</u>			
<u>Antifongiques généraux :</u>			
Métronidazole (<i>Flagyl</i>)			
Secnidazole (<i>Secnol</i>)			
Fluconazole (<i>Béagyne</i>)			
Probiotiques			
Œstrogénothérapie locale			
Antibiothérapie			
Autres, précisez :			

Quand orientez-vous la patiente vers un spécialiste (gynécologue / dermatologue) ?

- en cas de lésion dermatologique associée
- en cas de candidose récidivante
- en cas d'échec du traitement
- en cas de doute diagnostique
- d'emblée car je ne pratique pas de gynécologie
- autres :

Merci de votre participation

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement

Senlis, le 4 septembre 2017

Objet : Pathologie vulvovaginale en médecine générale.

Docteur,

Actuellement médecin généraliste remplaçant dans l'Oise et inscrit au DES de Médecine Générale de la faculté de Médecine d'Amiens, je réalise ma thèse sous la direction du Docteur DAVEAUX, médecin généraliste à Verneuil-en-Halatte (60).

Notre travail porte sur la prise en charge des principales vulvovaginites par les médecins généralistes picards. Devant la diversité des pathologies rencontrées, notre travail sera orienté uniquement sur les principales vulvovaginites de la femme en âge de procréer, à savoir la trichomonase, la candidose vulvovaginale et la vaginose bactérienne.

La présente étude sera réalisée avec respect de l'anonymat. Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre à cette enquête afin de partager votre expérience pratique et de me la renvoyer via l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie de croire, Docteur, en l'assurance de ma respectueuse considération.

Marie-Anne DUBOILLE



Prise en charge des principales vulvovaginites en médecine générale

Introduction : Les pathologies vulvovaginales font partie des raisons les plus communes d'une consultation de gynécologie en médecine générale. L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge des principales vulvovaginites par les médecins généralistes picards.

Matériel et Méthodes : Une étude quantitative descriptive a été réalisée à partir d'un questionnaire envoyé à 500 médecins généralistes. Il analysait leurs attitudes diagnostiques, éducatives et thérapeutiques pour la candidose vulvovaginale, la trichomonase et la vaginose.

Résultats : Nous avons reçu 133 questionnaires exploitables. Les pathologies vulvovaginales semblaient être prise en charge plutôt par obligation que par attrait pour 60% des médecins. L'examen clinique n'était pas systématique pour environ un quart des médecins interrogés. Le prélèvement vaginal était réalisé à tort pour la vaginose dans 51,1% des cas. La prévention des infections sexuellement transmissibles était abordée dans 45,5% des cas pour la candidose, 84,2% des cas pour la trichomonase et 51,9% des cas pour la vaginose. Le traitement empirique était prescrit le plus souvent en première intention associant fréquemment plusieurs classes thérapeutiques. La prise en charge était globalement satisfaisante puisque 93,2 % de médecins prescrivaient des antifongiques locaux pour la candidose, 89,5% utilisaient des antibiotiques pour la trichomonase, 72,2% traitaient la vaginose avec des antibiotiques et 54,1% les associaient à des probiotiques.

Conclusion : Les pratiques ne sont pas homogènes, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Pour autant, la prise en charge du patient reste globale dans l'approche éducative.

Mots clés : vulvovaginite, médecine générale, candidose, trichomonase, infections sexuellement transmissibles

Management of the most common causes of vulvovaginitis in general practice

Objective: Vulvovaginal pathologies are the most common reasons for gynecological consultation in general practice. The aim of this study was to describe the management of the main vulvovaginitis by general practitioners in Picardie.

Methods: A descriptive quantitative study was conducted using a questionnaire sent to 500 general practitioners. It aimed to analyze their diagnostic, educational and therapeutic attitudes for vulvovaginal candidiasis, trichomonas infections and vaginosis.

Results: 133 usable questionnaires were received. Vulvovaginal pathologies were managed more out of obligation than interest for 60% of the physicians. The clinical examination was not systematic for a quarter of the respondents. The vagina swab was erroneously performed for vaginosis in 51.1% of cases. The prevention of sexually transmitted infections was tackled in 45.5% of cases for candidiasis, 84.2% of cases for trichomonas infection and 51.9% of cases for vaginosis. Empiric treatments were most often prescribed as first-line treatment, often involving several therapeutic classes. The management of the pathologies was overall satisfactory, with 93.2% of the physicians prescribing topical antifungal agents for candidiasis, 89.5% using antibiotics for trichomonas infection, 72.2% treating vaginosis with antibiotics and 54.1% associating them with probiotics.

Conclusion: The practices are not homogeneous in terms of diagnosis or therapy. However, the educational approach shows that the care of the patient remains global.

Keywords: vulvovaginitis, general practice, candidiasis, trichomonas infections, sexually transmitted diseases