



HAL
open science

**Prise en charge des pathologies vulvaires au sein de la
consultation multidisciplinaire de
dermatologie-gynécologie du CHU d'Amiens : étude
rétrospective sur 4 années d'expérience**

Lucile Séméria

► **To cite this version:**

Lucile Séméria. Prise en charge des pathologies vulvaires au sein de la consultation multidisciplinaire de dermatologie-gynécologie du CHU d'Amiens : étude rétrospective sur 4 années d'expérience. Dermatologie. 2020. dumas-03009328

HAL Id: dumas-03009328

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03009328v1>

Submitted on 17 Nov 2020

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

Année 2020

Thèse 2020 - 102

**Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialité Dermatologie - Vénérologie**

**Prise en charge des pathologies vulvaires au sein de la
consultation multidisciplinaire de dermatologie-
gynécologie du CHU d'Amiens : étude rétrospective sur
4 années d'expérience.**

Présentée et soutenue publiquement
par Lucile Séméria

Le jeudi 17 septembre 2020

Président du jury : Madame le Professeur Catherine LOK

Membres du jury : Madame le Professeur Catherine LOK
Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Monsieur le Docteur Jean-Philippe ARNAULT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean-Philippe ARNAULT



Université de Picardie - Jules Verne
Faculté de médecine

Année 2020

Thèse 2020 - 102

**Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialité Dermatologie - Vénérologie**

**Prise en charge des pathologies vulvaires au sein de la
consultation multidisciplinaire de dermatologie-
gynécologie du CHU d'Amiens : étude rétrospective sur
4 années d'expérience.**

Présentée et soutenue publiquement
par Lucile Séméria

Le jeudi 17 septembre 2020

Président du jury : Madame le Professeur Catherine LOK

Membres du jury : Madame le Professeur Catherine LOK
Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Monsieur le Docteur Jean-Philippe ARNAULT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean-Philippe ARNAULT

Remerciements

Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Membre du Conseil de l'UFR de Médecine

Chef du Service de Dermatologie

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Votre disponibilité et votre savoir m'ont été d'une précieuse aide tout le long de mon internat. Merci de m'avoir transmis votre passion de la dermatologie. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Gynécologie et Obstétrique)

Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Merci d'avoir été à l'origine de ce beau projet de consultation multidisciplinaire. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Votre expérience et votre savoir en anatomopathologie rendent votre jugement précieux. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean Philippe ARNAULT

Praticien-Hospitalier
(Dermatologie)

Jean-Philippe, je te remercie de m'avoir confié ce travail et de m'avoir accompagné dans sa réalisation. Tes qualités professionnelles et pédagogiques m'ont beaucoup apporté tout au long de mon internat. Tu trouveras ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes parents, que j'aime plus que tout. Merci d'avoir toujours été là pour moi pendant toutes ces années d'études. Merci d'avoir été si bienveillants avec moi, je ne vous remercierai jamais assez. Je suis tellement fière de prêter serment devant vous aujourd'hui !

A mon Ludovic, merci pour ton soutien indéfectible et pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien. Je me sens très chanceuse de t'avoir à mes côtés.

A ma sœur jumelle Elise, ma moitié. Nous avons toujours tout fait ensemble, des voyages et des activités inoubliables. Ces dernières années d'internat ne nous ont en rien séparées, même si je suis partie dans le Nord. Je me rappellerai toujours de ces 3 mois de colocations ensemble avant les ECN, qui ont, je le crois, contribué au classement qui m'a permis d'avoir la spécialité que je souhaitais tant. Tu as toujours été d'un soutien indéfectible et je t'en remercie.

A mon frère, Florent. Apprendre et travailler avec toi pendant nos trois années d'externats ont été des moments de complicité incroyable et ils resteront précieux pour toujours. Je suis très contente que nous passions notre thèse la même année.

A mes grands-parents paternels et maternels, c'est avec beaucoup d'émotion que j'aurais souhaité que vous soyez là pour ce moment si important. J'espère que je vous aurai rendu fiers.

Au reste de la famille Séméria, Bonnet et Bernardi, frères, tantes, oncles, cousins, cousine, merci pour tous les bons moments passés à vos côtés.

A toute ma belle-famille adorée, Claire, Jean-Marc, Gwendoline, Marjorie, Héloïse et Philippine. Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille.

Aux amis Amienois, Mélodie, mon amie prodigieuse avec qui j'ai passé les meilleures années de colocation en ce début d'internat. Ta bonne humeur, ta spontanéité m'ont tant apporté. Clément, « super copain » j'ai toujours su que je pouvais compter sur toi. Juliette, Bob, Laura, Anouck, Maité, mes superbes amies avec qui nous avons tant partagé et vadrouillé d'airBnB en airBnB. J'espère que nous pourrons garder ce petit rituel très longtemps encore ! A Alexis, Côme, Amaury, Hélène, Eva, Ines et Camille ainsi qu'à tous les amis du premier semestre de l'internat d'Amiens Guillaume Koda, Amandine, Laurine, William, Moussa, Wesley et Guillaume avec qui nous avons passé de super moments tous ensemble !

A mes amies de toujours, Alexia et Fanny, sur qui j'ai toujours pu compter depuis de si nombreuses années. Merci pour tous ces moments de rire et de complicité que nous avons partagés de la maternelle jusqu'à aujourd'hui.

A mon amie, Manon, avec qui j'ai passé les deux meilleurs mois de mon externat et même de ma vie à Montréal. A nos soirées légendaires, à nos fous-rires, à tous nos weekends mémorables à vadrouiller dans l'est canadien et dans le sud de la France. A Juliette, que je ne vois plus autant mais avec qui j'ai passé des supers moments pendant nos années d'externats à Marseille et qui restera toujours dans mon cœur.

A mes co-internes amiénois, Raphaella, Aurélie, Réda, Quentin, Nesrine, Constance, Fanny, Eva et Camille, Romain et Anna avec qui nous avons partagé de chouettes moments pendant l'internat. A mes co-internes Lilloise, Darine, Claire, Camille et Olivia avec qui j'ai passé un super inter CHU à Lille.

A toute l'équipe de Dermatologie du CHU d'Amiens, médicale, paramédicale et secrétaires, merci pour tout le travail que vous accomplissez au quotidien. Merci pour la bonne humeur que vous mettez dans le service chaque jour.

A toute l'équipe de Médecine Interne de Compiègne, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Votre rigueur et votre savoir ont été très formateur au cours de mon internat.

A toute l'équipe de Dermatologie de Montdidier, merci pour votre bonne humeur et pour les sympathiques moments de consultation que nous avons passés.

A l'équipe de Dermatologie du cabinet de la Vallée des Vignes, j'ai beaucoup aimé mon semestre grâce à vous. Vous êtes une super(be) équipe.

A l'équipe de Dermatologie de Saint-Quentin, et tout particulièrement Hassan et Fanny.

A toute l'équipe de Dermatologie de l'hôpital de Saint-Vincent de Paul, merci pour tout.

Table des matières

Remerciements	3
Abréviations	13
Résumé.....	15
Abstract.....	17
Introduction	19
Matériel et méthode	21
Design de l'étude.....	21
Population de l'étude.....	21
Organisation de la consultation multidisciplinaire dermatologique et gynécologique (CMDG)	21
Description de la consultation.....	21
Prise en charge des patientes.....	21
Recueil des données et critère de jugement.....	22
Recueil des données.....	22
Critère de jugement	22
Analyse des données.....	22
Résultats.....	23
Discussion.....	32
Conclusion	36
Références bibliographiques.....	37
Annexe 1. Répartition des patientes par tranches d'âge lors de la première CMDG.....	40
Annexe 2. Liste des différentes pathologies diagnostiquées au sein de la CMDG.....	41

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CMDG : Consultation Multidisciplinaire de Dermatologie et Gynécologie

LSA : Lichen Scléreux Atrophique

TSH : Traitement Hormonal Substitutif

VQLI : Vulvar Quality of Life Index

DLQI : Dermatology Life Quality Index

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

Résumé

Introduction

La Consultation Multidisciplinaire de Dermatologie-Gynécologie (CMDG) du CHU d'Amiens a été créée en 2016 pour répondre à l'errance diagnostique et thérapeutique des femmes atteintes de pathologies à expression vulvaire. L'objectif du travail était d'évaluer l'efficacité de cette CMDG en tant que consultation de recours.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle rétrospective a été menée sur les patientes reçues à la CMDG entre janvier 2016 et décembre 2019. Le critère de jugement était un critère mixte associant un diagnostic et une prise en charge. La CMDG était considérée comme efficace si un diagnostic était posé à l'issue de la consultation et une prise en charge thérapeutique proposée.

Résultats

La population de l'étude était constituée de 263 patientes, avec un total de 351 consultations. L'âge moyen des patientes était de 51 ans, et pour 44,6% d'entre-elles les symptômes pour lesquels elles consultaient évoluaient depuis plus d'un an. Le médecin qui les avait adressées était pour 64,9% leur gynécologue, 21,5% leur dermatologue et 11,1% leur médecin traitant. Dans 85,3% des cas la CMDG était efficace en tant qu'activité de recours, avec la découverte du diagnostic correspondant aux symptômes et la proposition d'une prise en charge thérapeutique.

Conclusion

La CMDG permet d'exercer une activité de recours à la demande des médecins référents (gynécologues, dermatologues, médecins généralistes) pour les atteintes vulvaires. Elle permet de répondre à une demande médicale pour des pathologies à l'intersection de plusieurs spécialités. Après 4 années d'existence elle est reconnue dans le paysage médical picard et doit poursuivre son développement.

Mots-clés : consultation multidisciplinaire ; pathologies vulvaires ; dermatologie ; gynécologie.

Abstract

Introduction

The interdisciplinary consultation service for vulvar diseases at the University Hospital of Amiens was created in 2016 to find an answer to the diagnostic and therapeutic odyssey endured by women with chronic vulvar discomfort.

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of this consultation as a last attempt to find a solution.

Materials and methods

A retrospective observational study was conducted on patients who attended this consultation between January 2016 and December 2019. The outcome criteria was mixed combining diagnosis and management. This consultation was considered to be effective if a diagnosis was made after consultation and if therapeutic treatment was proposed.

Results

The study population consisted of 263 patients with a total of 351 visits. The average age of the patients was 51 years and 44,6 % of the patient showed symptoms which had evolved over more than a year. 64,6% of the patients were referred by the gynaecologist, 21,5% by their dermatologist and 11,1% by their general practioner. In 85,3% of the cases the consultation was effective. A diagnosis corresponding to the symptoms was made and therapeutic treatment proposed.

Conclusion

This consultation proposes a solution to the referring physicians (gynaecologists, dermatologists, general practioners) for vulvar diseases. It allows us to respond to a medical demand for pathologies which concern several medical fields. After 4 years of existence it has become wellnone in Picardie and must continue its development.

Keywords: interdisciplinary consultation; vulvar disease; dermatology; gynecology.

Introduction

La vulve correspond à la partie visible des organes génitaux féminins. Son apparence évolue au cours de la vie [1]. Les différents éléments anatomiques qui la composent sont les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, l'orifice du vagin ainsi que le méat urinaire. Située au carrefour anatomique entre l'appareil génital, urinaire et digestif, elle est le siège de nombreuses pathologies, telles que les infections, les dermatoses inflammatoires ou les néoplasies [2,3]. Les pathologies à expression vulvaires sont fréquentes. On estime que 50% des femmes, auront au cours de leur vie, au moins un épisode de prurit vulvaire en lien avec une mycose vulvovaginale [4,5] et que 18,5% d'entre-elles connaîtront des symptômes vulvaires sur au moins trois mois [6]. Une étude au Royaume-Uni rapportait que les médecins généralistes voyaient au moins une patiente par mois avec un symptôme vulvaire chronique [7].

Le diagnostic et la prise en charge des pathologies vulvaires sont complexes. Très peu de femmes ont une connaissance précise de leur anatomie génitale [8]. Les médecins eux-mêmes peuvent induire les patientes en erreur sur ce qui relève de variations anatomiques et ce qui est pathologique [9,10]. En outre, la bonne orientation des patientes peut être difficile. Différentes spécialités médicales interviennent dans la prise en charge des pathologies vulvaires, dont les médecins généralistes, les gynécologues, les dermatologues mais également d'autres professionnels de santé. Dans la vulvodynie provoquée, de nombreuses études évaluent le bénéfice d'une approche multidisciplinaire impliquant des psychologues, sexologues, physiothérapeutes et sages-femmes permettant une meilleure prise en charge des symptômes [11,12]. Par ailleurs, les signes fonctionnels associés aux atteintes vulvaires ne semblent pas être discriminants pour le diagnostic différentiel entre les différentes étiologies [13]. L'errance diagnostique et thérapeutique est longue avec 3 ans en moyenne avant la pose d'un diagnostic et la proposition d'une prise en charge adaptée [14]. Ce délai important a des répercussions sur la qualité de vie, l'anxiété et la sexualité des patientes [15-17]. Quatre-vingt-trois pourcents des femmes atteintes de troubles vulvaires chroniques développeraient des troubles psychologiques [18], complexifiant davantage la prise en charge. Par ailleurs, l'automédication est importante. Aux États-Unis, Sihvo et coll. ont montré que presque toutes les femmes souffrant de symptômes vulvaires chroniques utilisaient en première intention des traitements antifongiques en vente libre, sans examen médical [19]. La pratique de cette automédication était alors associée à une errance diagnostique et thérapeutique plus longue [20]. Le dernier élément qui intervient est la difficulté à prendre en charge plusieurs pathologies intriquées. Il a été montré qu'au moins deux affections distinctes étaient diagnostiquées chez 20% des patientes vues en

consultation spécialisée [21]. Ainsi, une meilleure prise en charge des pathologies à expression vulvaire nécessite une collaboration étroite entre les différentes spécialités médicales intéressées, en intégrant les femmes dans un véritable réseau de prise en charge. C'est dans ce but que la Consultation Multidisciplinaire de Dermatologie et Gynécologie (CMDG) du Centre Hospitalier-Universitaire (CHU) d'Amiens a été créée en 2016, à l'initiative du Pr Gondry. Le CHU d'Amiens est l'un des six CHU de France, avec celui de Lille, à disposer d'une telle consultation, permettant d'apporter une expertise médicale dans le sud de la région des Hauts-de-France.

L'objectif principal du travail était d'évaluer l'efficacité de la CMDG en tant que consultation de recours, depuis sa création en 2016. L'objectif secondaire était la description des caractéristiques des patientes, de leur pathologie et de la prise en charge proposée.

Matériel et méthode

Design de l'étude

Une étude rétrospective, monocentrique, a été réalisée de février à juin 2020 sur les données de la CMDG du Centre Hospitalier Universitaire Amiens - Picardie.

L'étude a reçu un avis favorable et a été enregistrée auprès de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU d'Amiens (PI2020_843_0112).

Population de l'étude

Le critère d'inclusion pour les patientes était une consultation au sein de la CMDG sur une période allant de la création de celle-ci en janvier 2016 à décembre 2019. Les critères d'exclusion étaient les atteintes non génitales (erreur d'orientation) et la régression spontanée des symptômes avant la première consultation.

Organisation de la consultation multidisciplinaire dermatologique et gynécologique (CMDG)

Description de la consultation

Les patientes qui consultaient étaient adressées par un professionnel de santé ou spontanément. Chaque patiente était examinée conjointement par un gynécologue et un dermatologue dans une salle d'examen du service de Gynécologie du CHU d'Amiens. La consultation avait lieu une fois par mois. Après l'anamnèse de la patiente, celle-ci était examinée en position gynécologique. Un examen des téguments, des muqueuses et des phanères était réalisé par le dermatologue si nécessaire. Des examens complémentaires étaient réalisés sur point d'appel. Les biopsies cutanéomuqueuses étaient réalisées soit sur place, soit de manière différée dans le service de Dermatologie.

Prise en charge des patientes

Selon le diagnostic, un traitement médicamenteux ou certaines thérapies adjuvantes pouvaient être proposées : psychothérapie, rééducation périnéale, consultation douleur, hypnose, acupuncture. En fonction de la pathologie et de la sévérité des symptômes, les patientes pouvaient être revues lors de consultations de contrôle.

Recueil des données et critère de jugement

Recueil des données

L'ensemble des données était recueilli rétrospectivement par un investigateur unique via le dossier médical informatisé des patientes (DxCare®). Les données recueillies étaient la qualité du médecin qui adressait les patientes, les caractéristiques socio-démographiques de celles-ci, leurs antécédents médicaux et obstétricaux, le motif de consultation (lésion cutanée, signe fonctionnel ou les deux), l'objectif de la consultation (avis thérapeutique seul, avis diagnostic et thérapeutique), la durée d'évolution des symptômes, les examens complémentaires déjà réalisés, et si une prise en charge avait déjà été réalisée, le diagnostic évoqué ainsi que le traitement proposé. Le nombre total de consultations au sein de la CMDG était également recueilli.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal pour évaluer l'efficacité de la CMDG en tant que consultation de recours, était un critère mixte, associant un diagnostic et une prise en charge. La CMDG était considérée comme efficace si un diagnostic était posé et une prise en charge thérapeutique était proposée à la patiente.

Le critère de jugement secondaire concernait la réponse aux attentes des patientes vis-à-vis de la CMDG à distance de la consultation. L'évaluation était faite soit à partir des données médicales disponibles dans le dossier informatisé (persistance ou non d'une plainte non résolue de la patiente lors d'une consultation contrôle au sein de la CMDG) soit par un appel téléphonique réalisé durant l'étude. Dans ce cas l'investigateur demandait à la patiente si le motif pour laquelle elle avait consulté à la CMDG persistait. Les symptômes étaient considérés comme persistants en l'absence d'amélioration ou en cas de d'aggravation ressentie ou constatée par la patiente.

Analyse des données

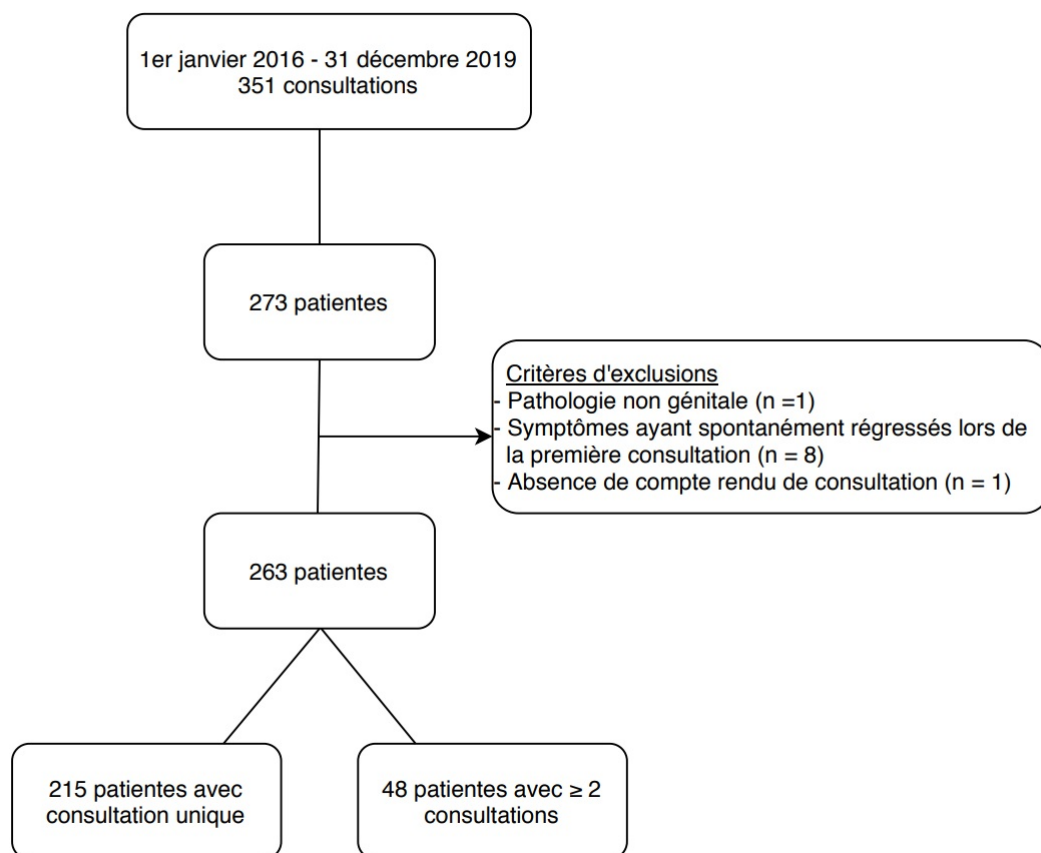
Les caractéristiques des patientes étaient décrites puis des analyses bivariées étaient réalisées afin d'étudier l'association entre l'efficacité de la CMDG et les caractéristiques des patientes. Les mêmes analyses étaient effectuées pour le critère de jugement secondaire.

Les moyennes étaient comparées avec un test de Student et les pourcentages avec un test du Chi-2. Le seuil de significativité était un $p < 0,05$. Les analyses étaient réalisées avec R 3.5.0.

Résultats

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2019, 273 patientes ont été reçues au sein de la CMDG ; au total 351 consultations ont eu lieu (Figure 1). Après exclusion de 10 patientes (pathologie non génitale, régression spontanée des symptômes, pas de données DxCare), l'analyse concernait 263 patientes. Parmi elles, 81,7% (215/263) ont bénéficié d'une consultation unique et 18,3% (48/263) ont consulté plus d'une fois.

Figure 1. Diagramme de flux



L'âge moyen lors de la première consultation était de 51,6 ans (minimum 4 ans, maximum 91 ans) (détails en Annexe 1).

Seules 17,1% (45/263) des patientes habitaient Amiens, 53,2% (140/263) la Somme hors Amiens, et 29,7% (78/263) d'autres départements hors la Somme. Pour 44,6% (105/235) des femmes, les symptômes évoluaient depuis plus d'un an. Pour 28,9% (68/235) des femmes, les symptômes évoluaient depuis plus de 3 ans (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des patientes de l'étude

Caractéristiques	N = 263
Age, moyenne (DS)	51,6 (18,9)
Département de résidence, n/N (%)	
Amiens	45/263 (17,1)
Somme hors Amiens	140/263 (53,2)
Oise	56/263 (21,3)
Nord-Pas-de-Calais	6/263 (2,3)
Aisne	10/263 (3,8)
Seine-Maritime	5/263 (1,9)
Val-de-Marne	1/263 (0,4)
Gestité, n/N (%)	
0	34/167 (20,4)
1	34/167 (20,4)
2	39/167 (23,4)
≥ 3	60/167 (35,9)
Parité, n/N (%)	
0	35/167 (21,0)
1	43/167 (25,7)
2	52/167 (31,1)
≥ 3	37/167 (22,2)
Durée d'évolution des symptômes avant la 1 ^{ière} consultation au CMDG, n/N (%)	
≤ 12 mois	130/235 (55,3)
13 - 36 mois	37/235 (15,7)
> 36 mois	68/235 (28,9)

DS : déviation standard ; CMDG : Consultation Multidisciplinaire de Dermatologie et Gynécologie

Le nombre de consultations ayant lieu dans la cadre de la CMDG était en constante augmentation de 2016 à 2019. En 2016, 45 consultations ont eu lieu (39 patientes) et en 2019 110 consultations (83 patientes).

Les consultations spontanées ne concernaient que 2,3% (6/261) des patientes. Le gynécologue était à l'origine de la consultation dans 59,4% (155/261) des cas.

Parmi les patientes 30,9% (72/233) consultaient pour un signe physique (lésion cutanée) et 56,3% (148/233) pour un signe fonctionnel (prurit, dyspareunie, brûlures, douleur...). Un avis thérapeutique seul était le motif de consultation dans 10,4% (27/260) des cas contre 77,3 % (201/260) un avis diagnostique et thérapeutique.

Un ou plusieurs lignes de traitements avaient déjà été prescrites pour 93,5% (116/124) des patientes (Tableau 2).

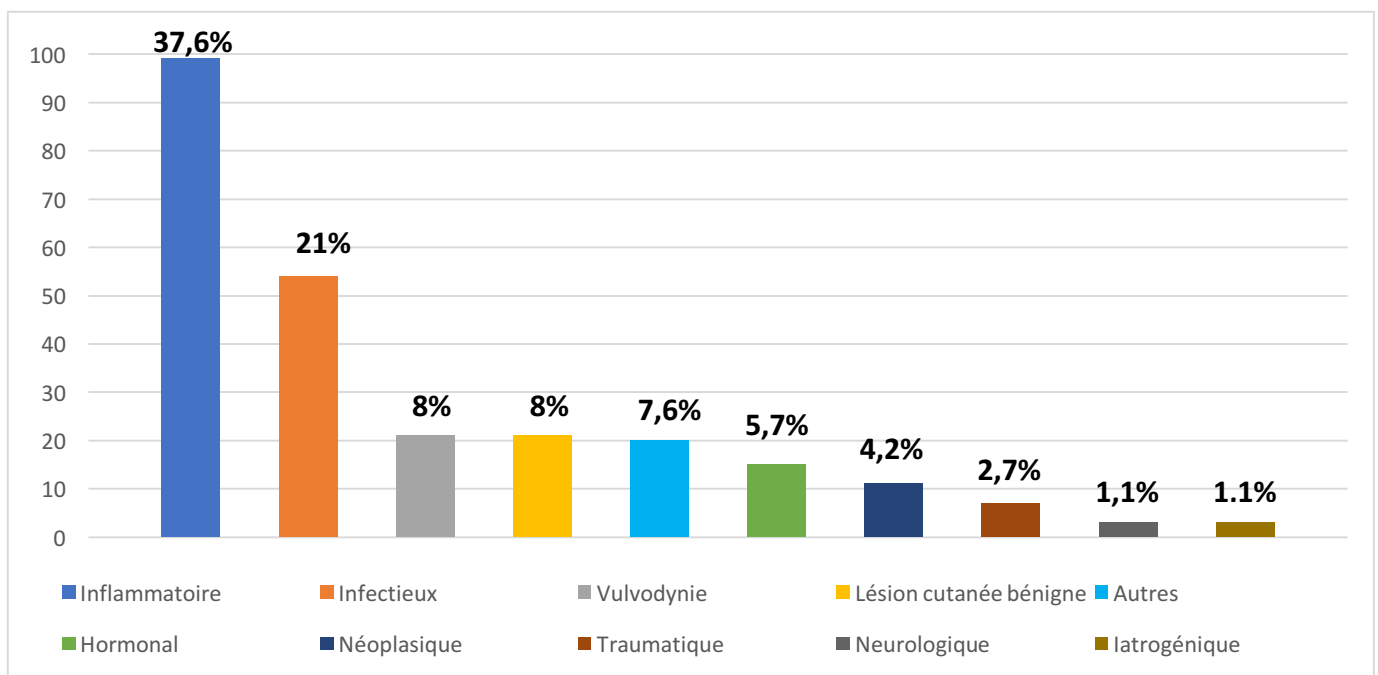
Tableau 2. Caractéristiques des consultations

	Nombre total de patientes N = 263
Professionnel adressant, n/N (%)	
Médecin traitant	29/261 (11,1)
Dermatologue	56/261 (21,5)
Gynécologue	155/261 (59,4)
Autre spécialiste	15/261 (5,7)
Consultation spontanée	6/261 (2,3)
Motif de consultation, n/N (%)	
Signe physique	72/233 (30,9)
Signes fonctionnels	148/233 (56,3)
Prurit	93/148 (62,8)
Brûlure	10/148 (6,7)
Dyspareunie	23/148 (15,5)
Douleur	18/148 (12,3)
Autres	5/148 (3,3)
Association de signes physiques et fonctionnels	13/233 (5,6)
Objectif de la consultation, n/N (%)	
Avis thérapeutique	27/260 (10,4)
Avis diagnostique et thérapeutique	201/260 (77,3)
Autres	32/260 (12,3)
Traitement antérieur à la consultation, n/N (%)	
Non	8/124 (6,5)
Oui	116/124 (93,5)
1	68/116 (58,6)
≥ 2	48/116 (41,4)

Un unique diagnostic était posé dans 78,7% (207/263) des cas et deux diagnostics dans 7,6% (20/263) des cas. L'absence de diagnostic à l'issue de la CMDG concernait 12,9% (34/263) des patientes.

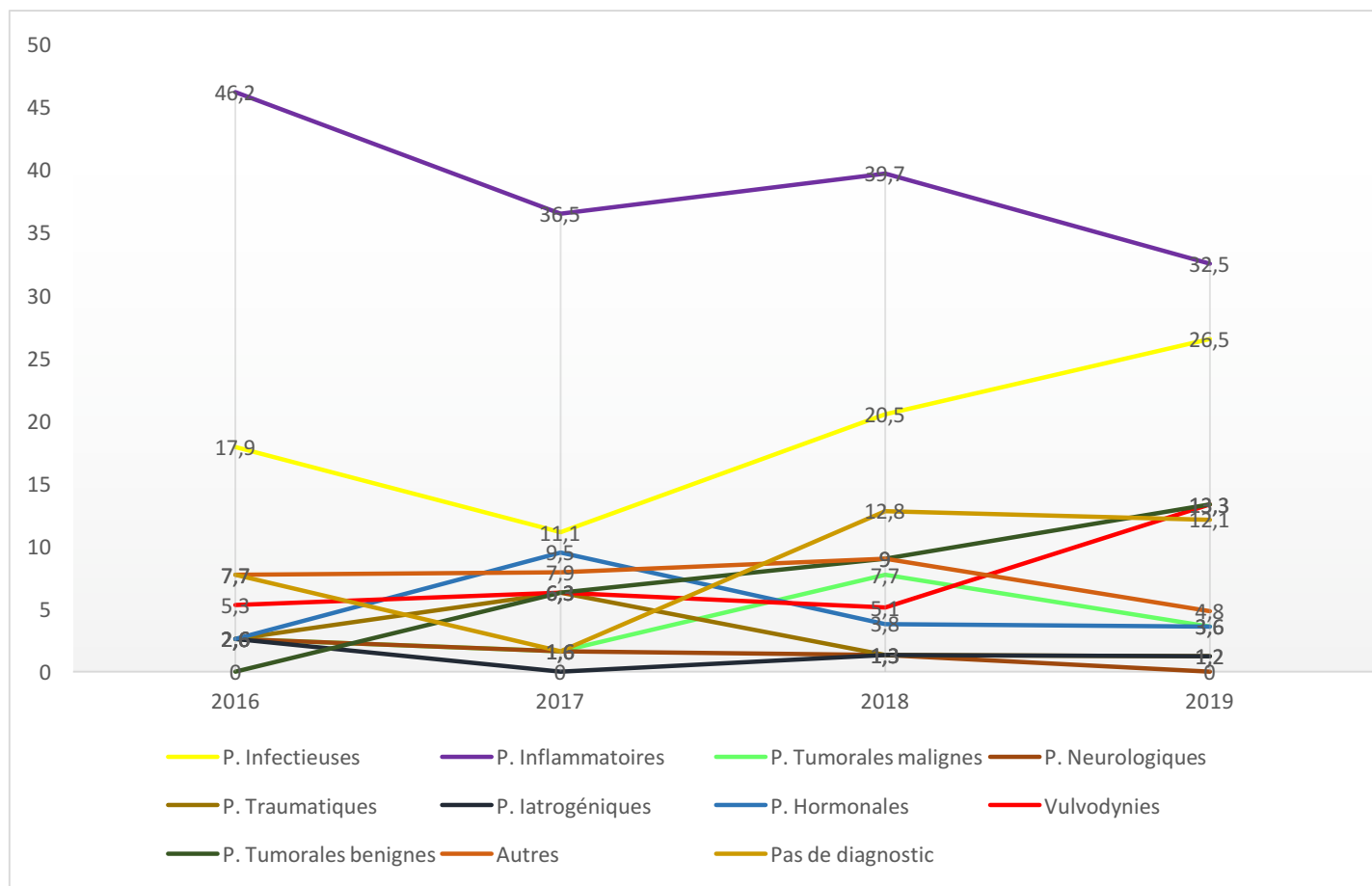
Quarante-cinq pathologies différentes ont été diagnostiquées entre 2016 et 2019 lors de la CMDG (la liste détaillée est en Annexe 2). Les trois plus fréquentes étaient le lichen scléro-atrophique (LSA) (25,9%, 68/263), les candidoses vulvo-vaginales aiguës ou chroniques (9,9%, 26/263) et les vulvodynies (8%, 21/263). Les pathologies inflammatoires représentaient 37,6% (99/263) de l'ensemble des diagnostics, les pathologies infectieuses 20,5% (54/263), les pathologies tumorales bénignes 8% (21/263), vulvodynies 8% (21/263), les troubles hormonaux 5,7% (15/263) et les pathologies tumorales malignes 4,2% (11/263) (Figure 2 et Annexe 2).

Figure 2. Répartition de l'ensemble des pathologies rencontrées au sein de la CMDG



Sur 4 ans, le nombre de patientes atteintes de pathologies inflammatoires a diminué (46,2% en 2016 contre 32,5 en 2019) ; Le nombre de patientes atteintes de vulvodynies a doublé au cours du temps (5,3% en 2016 contre 13,3% des diagnostics).

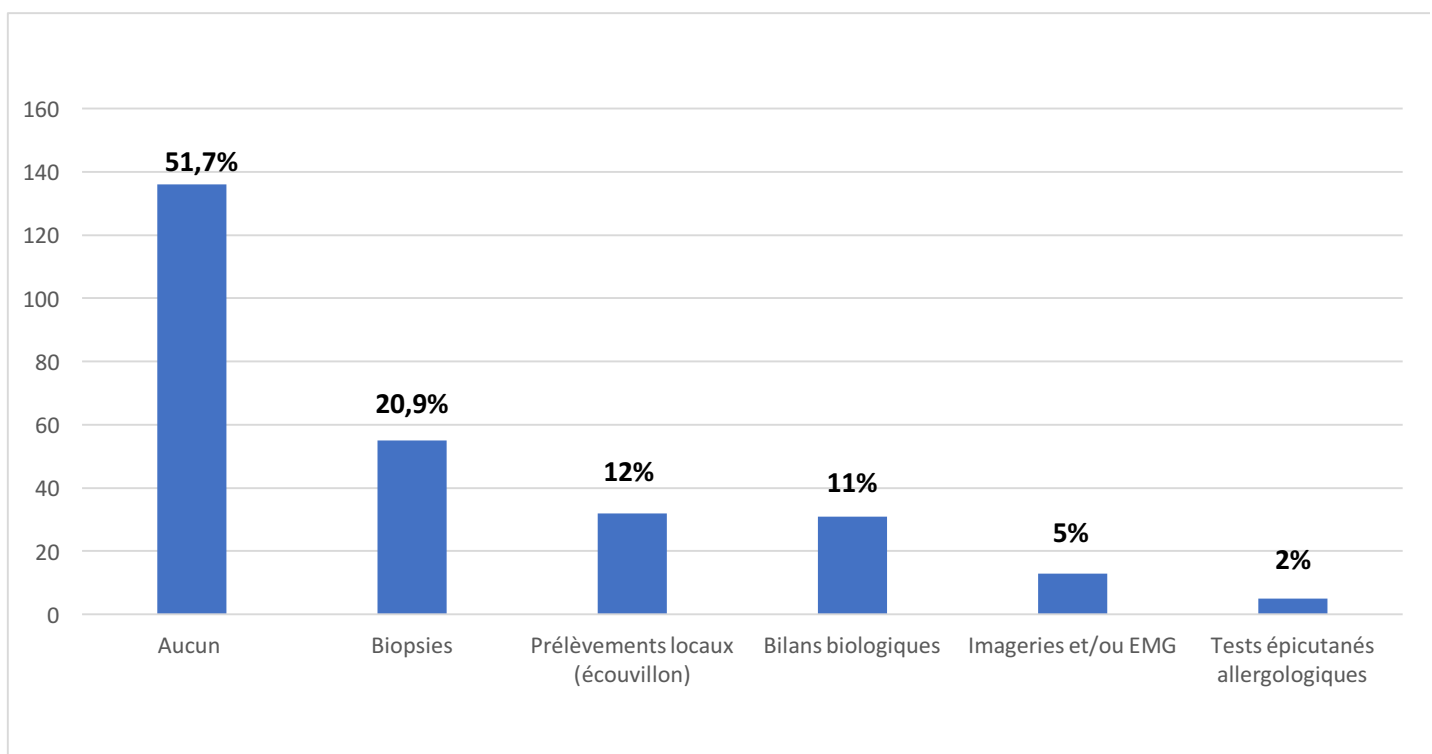
Figure 3. Evolution des diagnostics en fonction des années



Une biopsie a été nécessaire chez 20,9% (55/263) des patientes pour le diagnostic : 17 diagnostics de LSA, 13 de lichen plan et lichen plan érosif, 11 de néoplasie vulvaire maligne, 3 de molluscum contagiosum atypique, 4 de condylome atypique, 1 de lymphangiome atypique, 2 de lentigo atypique, 2 de vulvite irritative par élimination et 2 d'atrophies liées à l'âge par élimination de LSA.

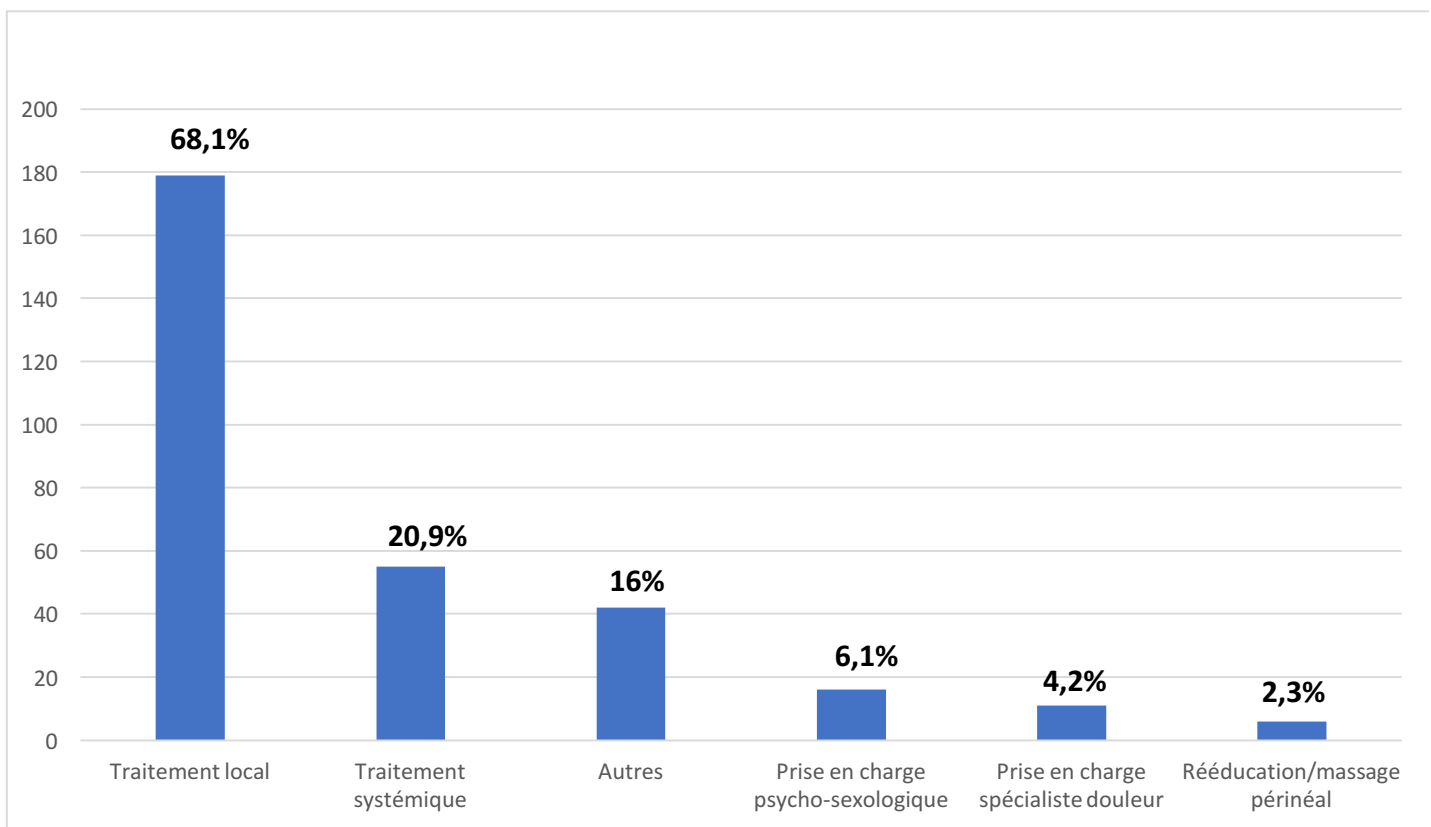
Une imagerie complémentaire (échographie et/ou IRM pelvienne et/ou TDM abdomino-pelvien) et/ou un EMG a été réalisée pour 4,9% (13/263) des patientes. Un prélèvement mycologique et/ou bactériologique a été réalisé dans 12,16% (32/263) des cas. Les tests allergologiques concernaient 1,9% (5/263) des patientes. Pour 51,7% (136/263) d'entre elles aucun examen complémentaire n'était nécessaire (Figure 4).

Figure 4. Examens complémentaires réalisés



A l'issue de la CMDG, 68.1 % (179/263) des patientes bénéficiaient d'un traitement local (antifongique locaux, dermocorticoïde, émollient, xylocaïne gel etc.) et 20,9% (55/263) d'un traitement systémique (antifongique systémique, antiépileptique pour prise en charge de douleurs neuropathiques, immunosuppresseur pour prise en charge de lichen plan érosif sévère etc.). L'orientation vers un spécialiste de sexo-psychologie concernait 6,1% (16/263) des patientes et celle vers une consultation douleur 4,2% (11/263) d'entre-elles. D'autres types de traitements (photothérapie dynamique, acupuncture, sophrologie...) étaient proposés dans 16% (42/263) des cas. Une association de ces différents traitements étaient possible (Figure 5).

Figure 5. Proposition de prise en charge à l'issue de la CMDG



Pour 85,3% (221/259) des patientes la CMDG était considérée comme efficace avec la pose d'un diagnostic et la proposition d'une prise en charge adaptée. Il y avait une association statistiquement significative entre l'efficacité de la consultation et le motif ainsi que l'objectif de la consultation. Parmi les patientes pour qui la CMDG n'a pas permis de trouver le diagnostic ni de proposer un traitement, 83,4% (30/36) consultaient pour un signe fonctionnel contre 60,3% (117/194) parmi celles chez qui la CMDG permettait de trouver le diagnostic et de proposer un traitement. La CMDG était efficace pour 100% (27/219) des patientes consultant pour un avis thérapeutique.

Un résultat similaire était observé pour le critère de jugement secondaire. Les patientes consultant pour des signes fonctionnels étaient significativement plus nombreuses (84%, 42/50) parmi celles chez qui les symptômes persistaient après la CMDG que celles chez qui les symptômes ne persistaient pas après la CMDG (46,1%, 65/141). De même, une durée d'évolution supérieure à 3 ans était plus souvent observé (45,7%, 21/46) chez les femmes chez qui les symptômes persistaient à l'issue de la CMDG par rapport à celles chez qui les symptômes ne persistaient pas (21,4%, 28/131).

Tableau 3. Facteurs associés à l'efficacité de la CMDG

	Efficacité de la consultation		P-value
	Oui N = 221	Non N = 38	
Année, moyenne (DS)	2018 (1,06)	2018 (1,00)	0,95
Durée d'évolution, n/N (%)			
< 1 an	115/198 (57,8)	13/34 (38,2)	0,14
1 - 3 ans	31/198 (15,6)	6/34 (17,6)	
> 3 ans	52/198 (26,1)	15/34 (44,1)	
Professionnel de santé ayant demandé la consultation, n/N (%)			
Médecin traitant	23/219 (10,4)	6/38 (15,8)	0,59
Dermatologue	48/219 (21,7)	8/38 (21,1)	
Gynécologue	132/219 (59,7)	19/38 (50,0)	
Autre professionnel	12/219 (5,4)	3/38 (7,9)	
Consultation spontanée	4/219 (1,8)	2/38 (5,3)	
Motif de consultation, n/N (%)			
Signes physiques	65/194 (33,5)	5/36 (13,9)	0,02
Signes fonctionnels	117/194 (60,3)	30/36 (83,4)	
Signes physiques et signes fonctionnels	12/194 (6,2)	1/36 (2,8)	
Objectif de la consultation, n/N (%)			
Avis thérapeutique	27/219 (12,3)	0/0 (0)	0,03
Avis diagnostic et thérapeutique	164/219 (74,9)	34/37 (91,9)	
Autres	28/219 (12,8)	3/37 (8,1)	

Tableau 4. Facteurs associés à la persistance des symptômes après la CMDG

	Persistance des symptômes à distance de la CMDG		P-value
	Non N = 147	Oui N = 51	
Année, moyenne (DS)	2018 (1,01)	2018 (1,1)	0,91
Durée d'évolution, n/N (%)			
< 1 an	83/131 (63,4)	13/46 (39,1)	0,02
1 - 3 ans	20/131 (15,3)	7/46 (15,2)	
> 3 ans	28/131 (21,4)	21/46 (45,7)	
Professionnel de santé ayant demandé la consultation, n/N (%)			
Médecin traitant	15/147 (10,2)	9/51 (17,6)	0,74
Dermatologue	31/147 (21,1)	10/51 (21,1)	
Gynécologue	91/147 (61,9)	26/51 (50,0)	
Autre professionnel	6/147 (4,1)	4/51 (7,8)	
Consultation spontanée	3/147 (2,0)	2/51 (3,9)	
Motif de consultation, n/N (%)			
Signes physiques	51/141 (36,2)	6/50 (12,0)	< 0,001
Signes fonctionnels	65/141 (46,1)	42/50 (84)	
Signes physiques et signes fonctionnels	8/194 (5,7)	1/50 (2,0)	
Objectif de la consultation, n/N (%)			
Avis thérapeutique	22/145 (15,2)	0/0 (0)	<0,01
Avis diagnostic et thérapeutique	100/145 (69,0)	47/51 (92,2)	
Autres	22/145 (15,2)	3/51 (5,9)	

Discussion

La CMDG a été efficace dans son rôle de consultation de recours permettant de réduire l'errance diagnostique et thérapeutique des patientes et de répondre à la demande des spécialités médicales concernées.

Cette consultation répond à une véritable demande des patientes. Dans notre étude, l'errance diagnostique avant la CMDG était majeure. Celle-ci était de plus de 3 ans pour 28,9% des patientes. Cette errance diagnostique face aux pathologies vulvaires est retrouvée dans de nombreux travaux. Reichman et coll. [21] rapportaient une durée des symptômes avant une consultation spécialisée, de plus d'un an pour un tiers de leurs patientes. Sullivan et coll. [23] montraient que 87% des patientes avaient une évolution de leur pathologie vulvaire pendant plus de 6 mois avant le diagnostic. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 2 ans et 3 mois pour Wolpert et coll. [24] et de 2 à 4 ans pour Fischer et coll. [14]. Les résultats étaient concordants dans les différents pays (Europe de l'Ouest et Etats-Unis).

Plusieurs phénomènes pourraient expliquer cette errance diagnostique. Le premier est le manque de formation des professionnels de santé. Aux États-Unis, en 2005, un questionnaire envoyé à 1711 internes de gynécologie-obstétrique montrait que 22 % d'entre eux déclaraient avoir besoin d'une formation supplémentaire sur les atteintes dermatologiques [25] et un cinquième des internes en gynécologie-obstétrique étaient "insatisfaits" de leur formation en pathologie vulvaire [26]. En France, nous ne disposons d'aucune donnée publique sur la formation et l'enseignement des pathologies vulvaires pour les internes de médecine générale, de dermatologie et de gynécologie-obstétrique. En dermatologie, la première journée de formation en pathologie vulvaire aura lieu en novembre 2020 organisée par le groupe MAG (Maladie Ano-Génitale) de la SFD. Elle n'est pas obligatoire pour les internes. Pour les internes de gynécologie-obstétrique aucune formation n'est obligatoire non plus. Une deuxième explication pourrait être l'acceptation de la pathologie par les patientes. Le retentissement étant une altération de la qualité de vie sans altération de l'état général ni mise en jeu du pronostic vital, certaines patientes pourraient différer la consultation. L'inconfort, la douleur vulvaire ou les troubles sexuels chez les femmes lors de la ménopause pourraient également être perçus comme normaux et irréversibles par les patientes [27]. Enfin, le retard diagnostique pourrait s'expliquer par la honte autour de l'évocation des troubles vulvaires et sexuels en lien avec les pathologies vulvaires [27].

Notre travail a montré que les patientes venaient de tout le sud des Hauts-de-France, dépassant la proximité immédiate du CHU Amiens - Picardie. L'attrait de la CMDG n'est pas seulement local. Il existe un réel besoin régional pour une telle consultation de recours. Malgré l'existence de deux consultations de ce type dans les Hauts-de-France avec celle de Lille, la CMDG amiénoise a accueilli en 2019 110 patientes. Celle de Lille en accueillant 116 par an en moyenne, ce sont près de 226 patientes qui consultent chaque année dans les Hauts-de-France un centre de recours pour une pathologie vulvaire. Répondre à la demande de ces patientes est donc d'un véritable enjeu de santé publique.

La CMDG relève en outre d'une véritable activité spécialisée. Avec 45 diagnostics distincts, recensés dans notre travail cette consultation est confrontée à des pathologies très diverses. Les trois pathologies les plus souvent rencontrées sont le LSA, les candidoses vulvovaginales et les vulvodynies. Le LSA représentait 25,9% des diagnostics. Ce chiffre était corrélé aux travaux de la littérature. Goldstein et coll, rapportaient une prévalence du LSA comprise entre 7 et 26% dans les centres de références pour les pathologies vulvaires [28] aux Etats-Unis. Dans notre étude, en dehors de la CMDG, le LSA ne semblait pas pris en charge de manière adéquate même si la pathologie était identifiée. Une explication pourrait être une méconnaissance de la pathologie par les médecins mais également une corticophobie des patientes avec une mauvaise observance des prescriptions de dermocorticoïdes [29]. Les candidoses vulvo-vaginales aiguës ou chroniques étaient le second diagnostic avec 9,9 % de notre effectif, ce qui est cohérent avec les données de la littérature [30]. Les consultations de recours sont alors là également nécessaires car les candidoses à *Candida glabrata* représentent 15 à 20 % des candidoses vulvo-vaginales et sont de sensibilité réduite au fluconazole par rapport à *Candida albicans* [31-33]. Des prélèvements peuvent être nécessaires dans cette situation. Les vulvodynies dans notre étude étaient le troisième diagnostic le plus fréquent. Il s'agit d'une douleur vulvaire évoluant depuis au moins 3 mois sans cause clairement identifiée [34]. Elles représentaient 8% des atteintes vulvaires. Il s'agit d'une pathologie complexe à prendre en charge dont la prise en charge bénéficie également de la CMDG. L'approche pluridisciplinaire a montré son efficacité dans de nombreuses études [12,35-37]. Un véritable réseau est alors nécessaire associant médecins, psychologues, sexothérapeutes, kinésithérapeutes... L'évolution des diagnostics par année montrait une augmentation du nombre de diagnostics de vulvodynies. Une explication pourrait être un apprentissage et augmentation de l'expérience au cours du temps des praticiens de la CMDG à les identifier. Cela démontre également l'intérêt d'une telle consultation qui permet une véritable surspécialisation dans la prise en charge des pathologies vulvaires.

La spécificité de la CMDG est reconnue par les gynécologues-obstétriciens et par les dermatologues qui sont pourtant les deux spécialités concernées par les pathologies vulvaires. Les gynécologues étaient les plus nombreux à nous adresser des patientes. Ces résultats tranchent avec les données de la littérature. Pour deux études anglaises, les patientes étaient adressées le plus souvent par leurs médecins généralistes, pour 77% pour la première [38] et 47% pour la seconde [23]. Nous pouvons expliquer cette différence de résultat par le fait qu'en Angleterre, la consultation du médecin référent ("General practitioners") est obligatoire avant de consulter un spécialiste. Une autre explication pourrait être que les médecins gynécologues ont été les premiers au courant de la création de la CMDG et donc les plus enclins à y adresser les patientes. Un dernier élément qui pourrait expliquer ce phénomène serait la consultation plus fréquente des gynécologues en première intention pour les atteintes vulvaires mais nous manquons de données pour pouvoir l'affirmer.

Dans notre étude la CMDG a été efficace en tant que consultation de recours puisqu'elle a permis dans 85.3% (221/259) des cas de proposer un traitement adapté au diagnostic. Néanmoins, nous manquons de données pour expliquer avec certitude l'absence d'efficacité dans les 14.7% des cas restants. Un élément pourrait cependant être une plus grande difficulté à aider les patientes consultant pour des signes fonctionnels par rapport à celles consultant pour des signes physiques (Tableau 3), peut-être en raison d'un manque de spécificité des symptômes. Il est intéressant de noter que la persistance des symptômes à l'issue de la CMDG dépend de la durée de leur évolution. Une hypothèse pour expliquer cela pourrait être que la durée d'évolution importante serait un marqueur de la complexité de la pathologie et de la difficulté à la prendre en charge.

L'une des forces de notre étude est le nombre important de patientes incluses (N = 263) et le peu d'études antérieures similaires qui montrent l'intérêt des consultations multidisciplinaires dans notre système de santé. La plupart des autres travaux étant anglo-saxons.

Notre travail possède néanmoins de nombreuses limites. La première est la qualité rétrospective de ce travail. Les données étaient recueillies a posteriori et les données disponibles étaient uniquement celles des comptes rendus de consultations. Tous les antécédents médicaux/chirurgicaux des patientes n'étaient pas disponibles.

La seconde limite était le critère de jugement utilisé pour évaluer l'efficacité de la CMDG. Celui-ci ne correspondait pas à une réévaluation médicale à distance de la consultation mais à la proposition d'une prise en charge à la patiente après la pose d'un diagnostic. Néanmoins celui-ci paraît adapté puisqu'il permet d'acter la fin de l'errance diagnostique et thérapeutique.

La troisième limite était le critère de jugement secondaire. La persistance des symptômes chez la patiente était évaluée soit sur le dernier courrier de consultation soit par un appel téléphonique réalisé entre février et avril 2020. En raison du délai écoulé entre les consultations les plus anciennes et l'appel téléphonique, le biais de mémoire était important diminuant ainsi la fiabilité du critère de jugement secondaire. Cela nous permettait néanmoins de nous assurer de l'absence de récurrence des lésions ou de la gêne fonctionnelle à distance. L'interprétation était néanmoins limitée par l'absence de donnée sur l'observance des patientes. La persistance des symptômes dans les cas rapportés était-elle due à un défaut de suivi des prescriptions médicales ou à un manque de réévaluation des symptômes avec adaptation des traitements en cas d'absence d'efficacité ?

Enfin la dernière limite était l'absence d'évaluation de la qualité de vie avec des échelles spécifiques. A l'avenir, nous pourrions utiliser, en pratique clinique courante, des échelles validées telles que le Dermatology life Quality Index (DLQI) et l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) comme dans cette étude de Hickey et coll. [16] afin de mieux mesurer l'amélioration de la qualité de vie des patientes.

Conclusion

La CMDG permet d'exercer une activité de recours à la demande des médecins référents (gynécologues, dermatologues, médecins généralistes) pour les atteintes vulvaires. Elle permet de répondre à une demande régionale pour la prise en charge de ces pathologies à l'intersection de la dermatologie et de la gynécologie. La devenir médical des patientes semble être amélioré par cette approche multidisciplinaire. Après 4 années d'existence la CMDG est reconnue dans le paysage médical picard et doit poursuivre son développement.

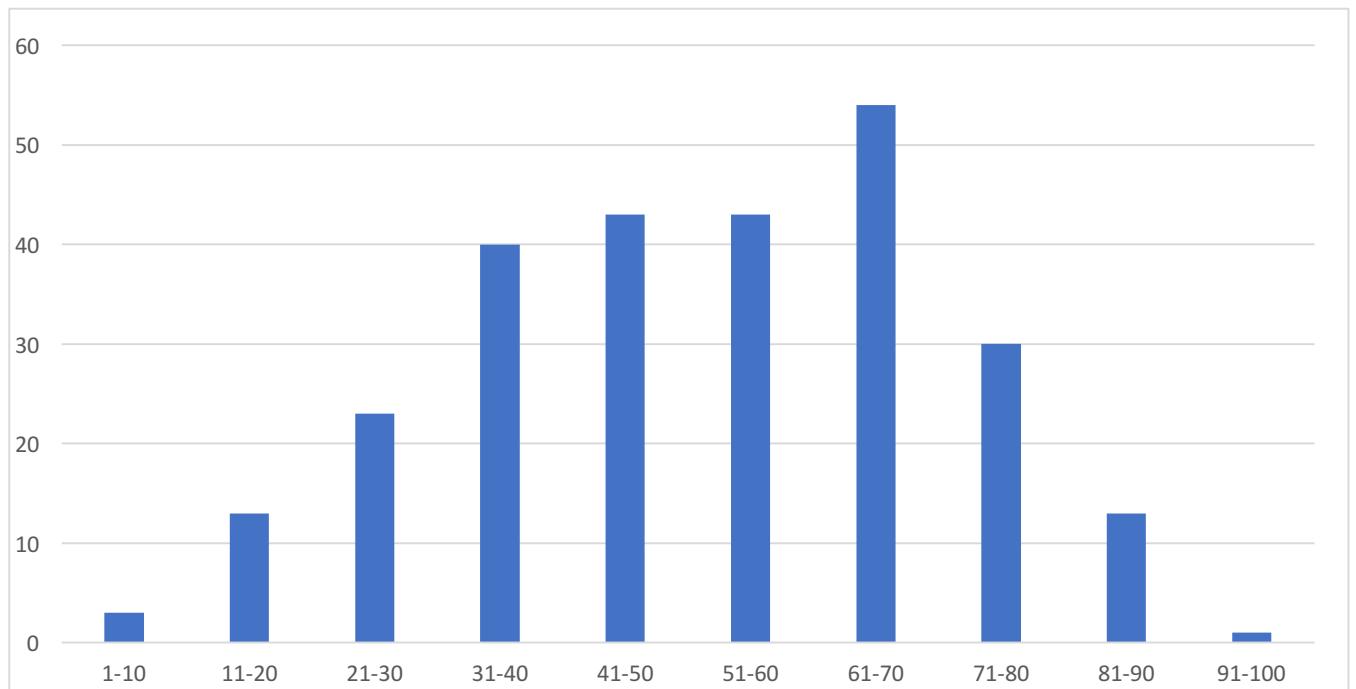
Références bibliographiques

1. Farage M, Maibach H. Lifetime changes in the vulva and vagina. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273:195-02.
2. Simonetta C, Burns EK, Guo MA. Vulvar Dermatoses: A Review and Update. *Mo Med*. 2015;112:301-07.
3. Van der Meijden, WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:925-41.
4. Welsh B, Howard A, Cook K. Vulval itch. *Aust Fam Physician*. 2004;33:505-10.
5. Blostein F, Levin-Sparenberg E, Wagner J, Foxman B. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Ann Epidemiol*. 2017;27:575-82.e3.
6. Harlow B, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:545-50.
7. Nunns D, Mandal D. The chronically symptomatic vulva: prevalence in primary health care. *Genitourin Med*. 1996;72:343-4.
8. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? *La Revue Sage-Femme*. 2005;4:109-14.
9. Michala, Koliantzaki S, Antisaklis A. Protruding labia minora: abnormal or just uncool? *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2011;32:154-6.
10. Cohen Sacher B. The Normal Vulva, Vulvar Examination, and Evaluation Tools. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58:442-52.
11. Spoelstra SK, Dijkstra JR, Van Driel MF, Weijmar Schultz WCM. Long- Term Results of an Individualized, Multifaceted, and Multidisciplinary Therapeutic Approach to Provoked Vestibulodynia. *J Sex Med*. 2011;8:489-96.
12. Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof L-G. Combined Physical and Psychosexual Therapy for Provoked Vestibulodynia—An Evaluation of a Multidisciplinary Treatment Model. *J Sex Med*. 2008;45:378-85.
13. Masson Regnault M, Henry O, Spenatto N. Évaluation de la symptomatologie associée aux pathologies vulvaires : étude préliminaire chez 40 patientes. *Ann Dermatol*. 2017;144:S134.
14. Fischer G, Spurrett B, Fischer A. The chronically symptomatic vulva: aetiology and management. *Br J Obstet Gyneaeol*. 1995;102:773-9.
15. Jensen JT, Wilder K, Carr K, Romm J, Hansen, A. Quality of life and sexual function after evaluation and treatment at a referral center for vulvovaginal disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1629-35.
16. Hickey S, Bell H. Quality of Life in the Vulvar Clinic. *J Low Genit Tract Dis*. 2010;14:225-9.

17. Van de Nieuwenhof HP, Meeuwis KAP, Nieboer TE, Vergeer MCM, Massuger LFAG, De Hulu J-A. The effect of vulvar lichen sclerosus on quality of life and sexual functioning. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31:279-84.
18. Bauer A, Greif C, Vollandt R, Merker A, Elsner P. Vulval diseases need an interdisciplinary approach. *Dermatology*. 1999;199:223-6.
19. Sihvo S, Ahonen R, Mikander H, Hemminki E. Selfmedication with vaginal antifungal drugs: Physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract*. 2000;17:145-9.
20. Marin M, King R, Sfameni S, Dennerstein G. Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:34-8.
21. Reichman O, Margesson LJ, Rasmussen CA, Lev-Sagie A, Sobel JD. Algorithms for Managing Vulvovaginal Symptoms—a Practical Primer. *Curr Infect Dis Rep*. 2019;21:40.
22. Reichman O, Luwisch H, Sela H, Samueloff A. Genital discomfort: yeast, trichomonas and bacterial vaginosis are only the tip of the iceberg. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;214:200-1.
23. Sullivan A. A multidisciplinary vulva clinic: the role of genito-urinary medicine. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1999;13:36-40.
24. Wolpert KA, Rogstad KE, Ahmed IH, Dalziel KL. Patients attending a vulval clinic in a genitourinary medicine department. *Sexually Transmitted Infections*. 1996;72:146.
25. Coleman VH, Laube DW, Hale RW, Williams SB, Power ML, Schulkin J. Obstetrician-Gynecologists and Primary Care: Training during Obstetrics-Gynecology Residency and Current Practice Patterns. *Acad Med*. 2007;82:602-7.
26. Venkatesan A, Farsani T, O'Sullivan P, Berger T. Identifying Competencies in Vulvar Disorder Management for Medical Students and Residents: A Survey of US Vulvar Disorder Experts. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16:398-402.
27. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003;20:690-5.
28. Goldstein A, Marinoff S, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosus in a general gynecology practice. *J Reprod Med*. 2005;50:477-80.
29. Mueller SM, Itin P, Vogt D, et al. Assessment of "corticophobia" as an indicator of non-adherence to topical corticosteroids: A pilot study. *J Dermatolog Treat*. 2017;28:104-111.
30. Foxman B, Muraglia R, Dietz JP, Sobel JD, Wagner J. Prevalence of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis in 5 European Countries and the United States. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17:340-5.
31. Sobel J-D. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214:15-21.
32. Whaley S-G, Rogers D-P. Azole Resistance in *Candida glabrata*. *Curr Infect Dis Rep*. 2016;18:41.

33. Mtibaa L, Fakhfakh N, Kallel A, et al. Vulvovaginal candidiasis: Etiology, symptomatology and risk factors. *J Mycol Med.* 2017;27:153-8.
34. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med.* 2016;13:607-12.
35. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik Y, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther.* 2002;28:183-92.
36. Masheb R, Wang E, Lozano C, Kerns R. Prevalence and correlates of depression in treatment-seeking women with vulvodynia. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25:786-91.
37. Sadownik L, Seal B, Brotto L. Provoked Vestibulodynia - Women's Experience of Participating in a Multidisciplinary Vulvodynia Program. *J Sex Med.* 2012;9:1086-93.
38. Cheung S, Gach J, Lewis F. A retrospective study of the referral patterns to a vulval clinic: highlighting educational needs in this subspecialty. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26:435-7.

Annexe 1. Répartition des patientes par tranches d'âge lors de la première CMDG.



Annexe 2. Liste des différentes pathologies diagnostiquées au sein de la CMDG.

Diagnostic	N (%)
Pathologies infectieuses	54 (20,5)
Mycose récidivante	26 (9,9)
Vaginose bactérienne	10 (3,8)
Condylome	7 (2,7)
Molluscum contagiosum	4 (1,5)
Infection herpétique	2 (0,8)
Dermatophytie	2 (0,8)
Prurit post zostérien	1 (0,4)
Folliculite à staphylocoque	1 (0,4)
Gale	1 (0,4)
Pathologies inflammatoires	99 (37,6)
Lichen scléro-atrophique	68 (25,9)
Lichen plan	6 (2,3)
Lichen plan érosif	7 (2,6)
Psoriasis	13 (4,9)
Hidradénite suppurée	3 (1,1)
Crohn	1 (0,4)
Dermite séborrhéique	1 (0,4)
Pathologies tumorales malignes	11 (4,2)
Carcinome épidermoïde vulvaire	3 (1,1)
VIN classique	2 (0,8)
VIN différencié	2 (0,8)
Maladie de Paget	3 (1,1)
Carcinome annexiel apocrine	1 (0,4)
Pathologies neurologiques	3 (1,1)
Douleur neuropathique sur conflit disco vertébral	1 (0,4)
Pudendalgie	2 (0,8)
Pathologie traumatique	7 (2,7)
Douleur neuropathique post épisiotomie	7 (2,6)
Pathologies iatrogéniques	3 (1,1)
Douleur neuropathique sur séquelle opératoire	2 (0,8)
Toxidermie	1 (0,4)
Pathologies hormonales	15 (5,7)
Atrophie liée à l'âge	12 (4,6)
Trouble urinaire lié à l'âge	3 (1,1)
Vulvodynies	21 (8)
Pathologies tumorales bénignes	21 (8)
Kyste épidermoïde	3 (1,1)
Grain de Fordyce	1 (0,4)

Kératose séborrhéique	3 (1,1)
Angiokératome	3 (1,1)
Angiome thrombosé	1 (0,4)
Lentigo vulvaire	6 (2,3)
Lésion mélanocytaire	2 (0,8)
Lymphangiome	2 (0,8)
Cicatrice chéloïde	1 (0,4)
Autres	20 (7,6)
<hr/>	
Angioedème vulvaire	2 (0,8)
Vulvite chez la jeune fille	1 (0,4)
Vitiligo	2 (0,8)
Prurit sine materia	5 (1,9)
Lichen simplex chronique	2 (0,8)
Eczéma atopique	1 (0,4)
Eczéma de contact (irritatif ou allergique)	4 (1,5)
Pas de diagnostic*	34 (12,9)
<hr/>	

*Pas de diagnostic affirmé dans le dossier au décours de la consultation spécialisée

Prise en charge des pathologies vulvaires au sein de la consultation multidisciplinaire de dermatologie-gynécologie du CHU d'Amiens : étude rétrospective sur 4 années d'expérience.

Introduction La Consultation Multidisciplinaire de Dermatologie-Gynécologie (CMDG) du CHU d'Amiens a été créée en 2016 pour répondre à l'errance diagnostique et thérapeutique des femmes atteintes de pathologies à expression vulvaire. L'objectif du travail était d'évaluer l'efficacité de cette CMDG en tant que consultation de recours.

Matériels et méthodes Une étude observationnelle rétrospective a été menée sur les patientes reçues à la CMDG entre janvier 2016 et décembre 2019. Le critère de jugement était un critère mixte associant un diagnostic et une prise en charge. La CMDG était considérée comme efficace si un diagnostic était posé à l'issue de la consultation et une prise en charge thérapeutique proposée.

Résultats La population de l'étude était constituée de 263 patientes, avec un total de 351 consultations. L'âge moyen des patientes était de 51 ans, et pour 44,6% d'entre-elles les symptômes pour lesquels elles consultaient évoluaient depuis plus d'un an. Le médecin qui les avait adressées était pour 64,9% leur gynécologue, 21,5% leur dermatologue et 11,1% leur médecin traitant. Dans 85,3% des cas la CMDG était efficace en tant qu'activité de recours, avec la découverte du diagnostic correspondant aux symptômes et la proposition d'une prise en charge thérapeutique.

Conclusion La CMDG permet d'exercer une activité de recours à la demande des médecins référents (gynécologues, dermatologues, médecins généralistes) pour les atteintes vulvaires. Elle permet de répondre à une demande médicale pour des pathologies à l'intersection de plusieurs spécialités. Après 4 années d'existence elle est reconnue dans le paysage médical picard et doit poursuivre son développement.

Mots-clés Consultation multidisciplinaire ; pathologies vulvaires ; dermatologie ; gynécologie.

Introduction The interdisciplinary consultation service for vulvar diseases at the University Hospital of Amiens was created in 2016 to find an answer to the diagnostic and therapeutic odyssey endured by women with chronic vulvar discomfort.

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of this consultation as a last attempt to find a solution.

Materials and methods A retrospective observational study was conducted on patients who attended this consultation between January 2016 and December 2019. The outcome criteria was mixed combining diagnosis and management. This consultation was considered to be effective if a diagnosis was made after consultation and if therapeutic treatment was proposed.

Results The study population consisted of 263 patients with a total of 351 visits. The average age of the patients was 51 years and 44,6 % of the patient showed symptoms which had evolved over more than a year. 64,6% of the patients were referred by the gynaecologist, 21,5% by their dermatologist and 11,1% by their general practitioner. In 85,3% of the cases the consultation was effective. A diagnosis corresponding to the symptoms was made and therapeutic treatment proposed.

Conclusion This consultation proposes a solution to the referring physicians (gynaecologists, dermatologists, general practitioners) for vulvar diseases. It allows us to respond to a medical demand for pathologies which concern several medical fields. After 4 years of existence it has become wellknown in Picardie and must continue its development.

Keywords Interdisciplinary consultation; vulvar disease; dermatology; gynecology.