

# Vulvo-vaginites chez la fillette

Saira-Christine Renteria, Lausanne

## Introduction

Les symptômes vulvaires et vaginaux chez la fillette sont fréquents en pratique pédiatrique et déclenchent souvent à tort une multitude d'inquiétudes<sup>1)</sup>. Les symptômes sont presque toujours uniformes et peu spécifiques et les plaintes se résument principalement par : « ça pique, ça gratte, ça brûle ».

L'approche est principalement clinique. Le but est de garantir à l'enfant et aux parents une prise en charge ciblée, car la persistance des symptômes tend à générer un surinvestissement problématique autant par l'enfant que par les adultes en charge.

## La vulvo-vaginite au cabinet

La vignette 1 illustre les craintes habituellement motivée par des symptômes vulvo-vaginaux chroniques ou par une irritation aiguë. Ils suscitent des inquiétudes liées aussi bien au passé, au présent qu'à l'avenir. Comme souvent lors d'apparition de « problèmes gynécologiques » chez la fillette, la mère projette ses représentations de femme adulte sur sa fille. Les professionnels de la santé ont tendance à faire de même, alors que les pathologies chez la fillette se distinguent de celles de l'adulte.

Le thème de l'abus sexuel étant très présent dans les médias et les efforts de prévention à juste titre constants, un symptôme génital est vite associé à une suspicion d'abus sexuel.

Une situation typique au cabinet du pédiatre :

Zohra est amenée par sa mère, elle a 4 ans et se gratte parfois au niveau de l'entre-jambe. Sa mère a observé que la vulve de Zohra est souvent rouge.

La mère fait part de son inquiétude : « On m'a dit qu'elle a peut-être été abusée... ; j'ai l'impression qu'elle se masturbe... ; j'ai peur qu'elle ait des problèmes plus tard... ».

Figure 1 : Vignette clinique.

Les difficultés de procréation étant actuellement plus ouvertement discutées, la peur d'une future infertilité surgit déjà au moindre symptôme même en phase de latence.

De son côté, le médecin, habitué aux repères chez une femme en âge de procréer, diagnostiquera à tort une mycose en cas de démangeaisons. En réalité, cette pathologie peut pratiquement être exclue en l'absence d'une imprégnation oestrogénique pubertaire (= phase de latence voire stade S1 selon Tanner), hormis lors d'immunosuppression. Malgré cette évidence, environ 1/3 des fillettes adressées en gynécologie pédiatrique en raison de prurit/brûlures vulvaires se sont préalablement vu prescrire un antimycotique. Dès le stade de Tanner S2 (Tabl. 4), une mycose vulvo-vaginale peut par contre être présente avec un écoulement vaginal blanc caséux, du prurit, un érythème local, des traces de grattage et parfois des fissures et des érosions douloureuses pouvant s'étendre de la vulve au périnée et à la région péri-anale. Toutefois, les signes objectifs peuvent être discrets et retarder le diagnostic, en particulier après une réponse thérapeutique partielle. Les pertes ne se distinguent alors des sécrétions vaginales dysfonctionnelles

typiques de la puberté que par l'absence de l'effet amidonné sur les sous-vêtements.

## Approche clinique

### Anamnèse

Même si la description des symptômes n'est que peu contributive pour permettre d'en déduire l'étiologie d'une vulvo-vaginite, elle est néanmoins utile pour comprendre le contexte et exclure d'autres pathologies. Certaines ont un âge de prédilection tel que le lichen scléro-atrophique ou la présence de corps étrangers intra-vaginaux (Tabl. 3). Il est conseillé de relever l'historique de l'acquisition de la propreté et la présence d'éventuelles phases de régression, même si ni la vulvo-vaginite ni la présence d'un corps étranger ne sont des indicateurs spécifiques d'un abus ou d'une agression sexuelle. Dans des contextes de séparation, les consultations en raison de rougeurs vulvaires après un week-end passé chez l'autre parent sont fréquentes. L'érythème peut être l'expression d'un changement d'hygiène quantitatif ou qualitatif ou d'une tension émotionnelle compensée par une activité « auto-érotique » de l'enfant sans aucun lien avec la sexualité d'adulte. Toutefois, lorsque les symptômes perdurent ou récidivent, il est important de garder à l'esprit cette possibilité. Exemples avec l'expérience d'une fillette de 7 ans vue à plusieurs reprises aux urgences pédiatriques avec un diagnostic d'herpès génital et chez laquelle six mois ont été nécessaires pour révéler une agression sexuelle chronique récidivante, tout comme le prélèvement vaginal

Germes pathogènes obligatoires	Germes facultativement pathogènes
Streptocoques bêta-hémolytiques gr. A	E. coli
Haemophilus influenzae	Enterobacter aerogenes
Corynebacterium diphtheriae	Proteus
Shigella	Pseudomonas aeruginosa
Yersinia	Bacteroides, peptocoques, peptostreptocoques
Trichomonas vaginalis (7)	Staphylocoques (dorés, épidermidis, saprophyticus)
Chlamydia trachomatis	Strepto. B, C, D, F, G, agalactiae, faecalis, pneumoniae
Neisseria gonorrhoeae, meningitidis	Listeria monocytogenes
Treponema pallidum	Candida albicans
	Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum
	Gardnerella vaginalis
	Actinomyces (rechercher un évent. corps étranger)

Tableau 1 : Interprétation des résultats des prélèvements bactériologiques chez la petite fille.

positif pour des gonocoques chez une fille de 11 ans qui a permis l'investigation de son entourage et d'identifier les contacts génitaux dont elle n'avait que partiellement compris la signification (Tabl. 1).

### Examen général

L'appréciation du stade de développement pubertaire selon Tanner permet d'évaluer le degré d'oestrogénisation de la muqueuse vulvo-vaginale. Elle est déterminante pour la sensibilité du milieu vaginal aux agents pathogènes mais aussi pour les manifestations cliniques des pathologies vulvaires non infectieuses. De ce fait, une consultation motivée par une suspicion de vulvo-vaginite doit inclure une exploration physique extra-génitale.

### Inspection génitale et anale

L'examen clinique comprend l'inspection de la vulve, du périnée et de la région péri-anale. Le symptôme typique d'une vulvo-vaginite infectieuse est l'écoulement vaginal entraînant parfois une macération et une odeur malodore. Des lésions de grattage peuvent être présentes. Ces symptômes peuvent être fluctuants. Grâce à la méthode de traction sur les grandes lèvres, il est généralement possible de visualiser l'introitus vaginal et la présence de sécrétions intra-vaginales. Même si certains corps étrangers (boulette de papier toilette, petits jouets) sont facilement repérables à l'introitus, leur ablation doit être laissée au spécialiste, le risque étant de les enfouir plus profondément dans le vagin. En présence d'un écoulement vaginal hémorragique ou de symptômes récidivants après traitement, il est judicieux d'effectuer une vaginoscopie pour exclure un corps étranger occulte.

### Prélèvements bactériologiques

Dans la majorité des situations, un examen microbiologique n'est pas nécessaire pour l'établissement d'un diagnostic différentiel ni pour définir l'attitude thérapeutique<sup>2</sup>.

Toutefois l'indication étant posée, il faut éviter une contamination de l'échantillon par de la flore normalement présente sur la vulve et le périnée, ce qui n'est possible qu'en procédant à un prélèvement intravaginal. Ce prélèvement bactériologique se fait à l'aide d'un vaginoscope ou directement par l'introduction dans le vagin d'un bâtonnet portant à son extrémité un tampon en coton fin adapté à l'orifice hyménéal de la patiente. Toutefois l'expérience désagréable du contact de la vulve avec la pointe sèche de l'écouvillon

(coton, éponge) rendra tout prélèvement ou vaginoscopie consécutifs problématiques. Afin d'éviter ce désagrément, elle est humidifiée avec du NaCl stérile. Une méthode élégante consiste à aspirer les sécrétions vaginales à l'aide d'une canule d'aspiration de nouveau-né ou d'une sonde naso-gastrique connectée à une seringue. L'introduction dans le vagin est aisée, car facilitée par du gel.

En cas d'activité sexuelle à l'adolescence ou lorsque l'anamnèse d'abus sexuel et/ou de symptômes font suspecter une infection génitale haute, une recherche de chlamydia et de gonocoques par PCR est nécessaire. A noter qu'une infection à chlamydia peut être totalement asymptomatique.

### Diagnostic clinique en cas de symptômes du type vulvo-vaginite

En pratique clinique, il s'avère utile de différencier les diverses problématiques qui se

cachent sous des symptômes dits du type «vulvite ou vulvo-vaginite», en pathologies infectieuses, pathologies inflammatoires non-spécifiques et pathologies inflammatoires spécifiques.

Différentes pathologies peuvent parfois cohabiter mais pour une approche efficace, il est nécessaire d'identifier la problématique de base. Ceci est la plupart du temps possible lors du premier examen ou au plus tard après une épreuve thérapeutique.

### Pathologies infectieuses

Lorsqu'une vulvo-vaginite infectieuse est suspectée, le diagnostic différentiel dépend de l'âge mais surtout du stade du développement pubertaire ou, autrement dit, du degré d'imprégnation hormonale de la muqueuse génitale<sup>3</sup>. Les infections bactériennes non spécifiques et les vaginites d'accompagnement associées à des infections ORL ainsi que les

#### Période néonatale et nourrisson

##### Pathologies infectieuses

- Mycose à Candida (dermite des langes)
- IST, transmission verticale materno-foetale (à la naissance transmission maternelle par exemple de Chlamydia trachomatis, HPV)

##### Pathologies inflammatoires

- Irritation chimique
  - > Irritation par les produits de soin, les lingettes humides
  - > Irritation par les langes
  - > Irritation par la lessive
- Irritation mécanique
  - > Frottement des langes

**Tableau 2 :** Diagnostics différentiels principaux des vulvo-vaginites en fonction de l'âge - période néonatale et nourrisson.

#### Stade prépubaire

##### Pathologies infectieuses

- Vulvo-vaginite bactérienne (flore digestive)
- Vulvo-vaginite d'accompagnement lors d'affection ORL
- Surinfection d'un corps étranger
- Infection sexuellement transmissible (cave: abus sexuel)
- Oxyures
- Virale (systémique : varicelle, ...)

##### Pathologies inflammatoires

- Irritation chimique
  - > Soins inadaptés aux organes génitaux externes
  - > Irritation par les produits de soins (savon, lingettes humides, protèges slips)
- Irritation mécanique
  - > Corps étranger, « vaginite du bac de sable »
  - > Pertes vaginales chroniques
  - > Frottement de sous-vêtements trop serrés, surcharge pondérale/obésité
  - > Masturbation, abus sexuel

##### Pathologies inflammatoires spécifiques

- Lichen scléro-atrophique
- Psoriasis

**Tableau 3 :** Diagnostics différentiels principaux des vulvo-vaginites en fonction de l'âge - pré-puberté.

parasites anaux prédominent en période de latence (stade T1), favorisés par un épithélium vaginal atrophique. Les mycoses par contre ne réapparaissent, en dehors de l'âge du nourrisson (Tabl. 2), qu'au moment de la pré-puberté (stade T2 et plus). Des corps étrangers surinfectés peuvent être présents à tout moment mais surtout pendant la petite enfance et après la puberté. Certaines vulvites infectieuses peuvent être l'expression locale d'une infection généralisée (par exemple la varicelle). Elles risquent de passer inaperçues en absence d'un examen général.

Certaines infections sont plus connues pour leur symptomatologie anale, marquée par un érythème péri-anal et/ou des lésions de grattage péri-anales. Elles peuvent ainsi échapper à la vigilance du pédiatre lorsque les symptômes vulvo-vaginaux sont au premier plan, alors que les contaminations vaginales concomitantes sont fréquentes (oxyures, shigelles, yersinia). Un érythème marqué circonscrit, éventuellement accompagné d'une érosion, est évocateur d'une anite à streptocoques hémolytiques du groupe A. La vulve peut présenter un érythème du même type.

Une vulvite infectieuse isolée peut survenir dans le contexte d'une surinfection d'une pathologie inflammatoire sous-jacente (lichen scléro-atrophique; maladie de Behçet; psoriasis). Ces manifestations sont toutefois plutôt rares une fois que la pathologie de base est traitée.

**Pathologie inflammatoires non spécifiques**

Chez l'enfant, il s'agit le plus souvent d'irritations locales (Tabl. 3).

La recherche de facteurs extérieurs chimiques ou mécaniques est déterminante. Les mesures thérapeutiques nécessitent une action coordonnée impliquant l'élimination des agents nocifs, le cas échéant, par des modifications comportementales et des soins locaux, décrits ci-dessous, visant ainsi à rétablir des conditions locales physiologiques.

Bien que ces vulvites inflammatoires ne soient que peu inquiétantes sur le plan somatique, et qu'elles répondent favorablement aux quelques mesures de soins, elles peuvent prendre beaucoup de temps en consultation et occuper beaucoup de place dans l'esprit des parents et pour finir également dans celui de l'enfant. Une exploration anamnétique détaillée des habitudes et des attentes par

rapport à l'hygiène ainsi que des représentations et des connaissances des organes génitaux externes mais aussi internes permet un meilleur accompagnement même en cas de récurrence et évite la multiplication des consultations. Explorer le vécu parental par rapport à la fertilité, aux éventuels problèmes gynécologiques, à l'intégrité physique mais aussi aux éventuelles relations sexuelles abusives est parfois nécessaire pour comprendre les angoisses à l'origine d'un surinvestissement observé. Il est de la responsabilité du pédiatre de protéger l'enfant des soins excessifs et intrusifs voire même abusifs au niveau de la sphère génitale. La consultation peut ainsi par exemple servir d'espace à une jeune fille pubère chez laquelle la mère lave et inspecte encore quotidiennement l'entre-jambe, pour l'aider à exprimer son désir d'autonomie et de respect de sa sphère privée.

**Pathologies inflammatoires spécifiques**

Alors que les affections inflammatoires non infectieuses sont en majeure partie des diagnostics d'exclusion non spécifiques, le lichen scléro-atrophique est diagnostiqué de plus en plus fréquemment chez les fillettes depuis que les médecins sont plus familiers avec ce diagnostic. La symptomatologie subjective est variée, composée de prurit, de brûlures et parfois de saignement extériorisé à partir de cloques de sang. L'inspection mettra en évidence la décoloration de la peau, son aspect nacré et atrophique. Une rémission spontanée intervient dans la majorité des cas au moment de la puberté. La prévalence de cette pathologie n'est pas bien connue, mais un facteur héréditaire est invoqué. Différentes hypothèses quant à son étiologie sont émises (par exemple auto-immune). Hormis le traitement des surinfections, son traitement consiste à appliquer lors des phases aiguës des corticoïdes locaux. Une préparation

grasse est conseillée pour le traitement d'entretien dans l'intervalle.

Les ulcères de la maladie de Behçet, bien que rares avant la vingtaine et les lésions de grattages surinfectées du psoriasis de la vulve (et du siège chez l'enfant) peuvent au premier abord s'imposer comme des complications d'une vulvo-vaginite infectieuse. C'est la persistance des plaintes et des lésions malgré le traitement de la surinfection qui fera penser au diagnostic et à la mise en place d'une prise en charge spécialisée.

**Pathologies non inflammatoires fréquemment concernées par des suspicions de vulvo-vaginite**

Une synéchie ou fusion des petites lèvres n'est que rarement accompagnée d'une vulvo-vaginite, bien que la crainte d'une complication par une vaginite soit souvent avancée comme motif d'une demande de levée de la synéchie en particulier lorsqu'elle est étendue. L'hypoestrogénie de la phase de latence semble être un facteur contribuant à cette adhésion spontanée entre les deux petites lèvres en l'absence de réaction inflammatoire.

La contamination de l'urine qui s'infiltrer par voie rétrograde dans le vagin au moment de la miction peut se manifester par des effluves malodorants. L'écoulement secondaire peu après la miction peut mimer un écoulement symptomatique d'une vaginite. Celui-ci gêne particulièrement les fillettes après l'acquisition de la propreté. Un traitement de la synéchie n'est indiqué qu'en cas de symptômes avérés<sup>5</sup>.

Confrontés à une activité masturbatoire paraissant compulsive, les parents tout comme l'entourage et même les enseignants demandent le plus souvent de chercher une

Puberté
<p><b>Pathologie infectieuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycose à Candida (dès stade du développement S2 selon Tanner)</li> <li>• Vaginose bactérienne</li> <li>• Infection sexuellement transmissible (souvent asymptomatiques/cave : violence sexuelle)</li> <li>• Virale : Herpès type I (-II)</li> </ul>
<p><b>Pathologie inflammatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritation chimique &gt; hygiène intime (savon, parfum, spray, protections slips, épilation, ...)</li> </ul>
<p><b>Pathologie dermatologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> </ul>

**Tableau 4 :** Diagnostics différentiels principaux des vulvo-vaginites en fonction de l'âge - puberté.

pathologie infectieuse sous-jacente, doutant pour certains que la masturbation à cet âge soit le fruit d'une découverte spontanée à fortiori quand elle est fréquente. Une forme de synéchie peu connue qui est celle du capuchon clitoridien, peut effectivement être un déclencheur chez les fillettes qui se plaignent d'une certaine irritation ou gêne qu'elles situent précisément au niveau du clitoris. Dans ces cas, il est possible de visualiser au colposcope un resserrement du capuchon sur le gland clitoridien, le couvrant entièrement ou presque. Il est souvent possible d'apercevoir une rétention de smegma sous le capuchon au niveau d'un pertuis résiduel où l'adhérence est incomplète. Dès que le clitoris est à nouveau libre après traitement local à base d'oestrogènes en minimisant l'effet hormonal systémique, l'effet de traction du capuchon sur le clitoris due à son adhésion semble disparaître et les symptômes subjectifs s'arrêtent ou diminuent de même que l'activité masturbatoire compulsive.

Un prolapsus urétral ou un polype urétral mènent parfois à un diagnostic erroné de vulvo-vaginite. Ce n'est souvent qu'à l'examen colposcopique qu'il est possible d'identifier la muqueuse urétrale éversée ou le polype urétral et de les délimiter de l'orifice vaginal dont ils semblent « émerger ». La source des taches de sang sur les sous-vêtements, initialement interprétées comme des indices d'une vaginite hémorragique, est ainsi identifiée.

Le rhabdomyosarcome se manifeste classiquement par un saignement vaginal d'origine indéterminée mais des pertes vaginales abondantes, non hémorragiques et isolées peuvent aussi l'annoncer. En l'absence d'autres explications plausibles, cet écoulement vaginal atypique doit être investigué activement (vaginoscopie)<sup>6)</sup>.

### Soins locaux et mesures d'hygiène

La contamination bactérienne pendant la petite enfance est favorisée par les facteurs suivants, liés à l'âge :

- les souillures par des selles ramenées sur la vulve lors du nettoyage ou en cas de diarrhées;
- une position mictionnelle inadéquate, l'obésité ou une anatomie vulvaire favorisant la pénétration d'urine dans le vagin;
- une hygiène difficile et la création d'une chambre humide chez l'enfant obèse;
- le contact des organes génitaux avec le sol ou avec les doigts souillés de l'enfant.

Des conseils d'hygiène tels que l'essuyage correct ou l'utilisation d'un rehausseur aux toilettes, le port de sous-vêtements adaptés, suffisent souvent à venir à bout d'une vulvo-vaginite non spécifique. Ce qui est parfois interprété comme étant une hygiène insuffisante, s'avère la plupart du temps plutôt être une hygiène inappropriée. Excessive par l'utilisation de désinfectants ou de savons irritants, elle peut même être préjudiciable. Lorsque la production de smegma est importante, un nettoyage-essuyage régulier à aide d'une pommade grasse entre les petites et grandes lèvres et dans la région du capuchon clitoridien, remplacera favorablement les frottements inefficaces au savon. Le corps gras facilitera l'élimination des dépôts blanchâtres à l'origine d'érythèmes symptomatiques de démangeaisons ou de brûlures. L'utilisation d'une émulsion antiseptique dotée de propriétés légèrement bactériostatiques mais non irritantes, par exemple MEA-sulfosuccinate (Lubex<sup>®</sup>) 30mg/g peut satisfaire aux besoins de propreté lorsque la toilette vulvaire est difficile. Des produits à l'acide lactique favorisent la régulation de l'équilibre acido-basique ce qui soulage également lors d'irritation. La douceur d'une

mousse au complexe polysaccharide breveté, bioactif 2QR (Multi-Gyn FemiWash<sup>®</sup>) qui neutralise les mauvaises odeurs, aide à réconcilier les fillettes sujettes aux irritations vulvaires avec la toilette intime.

La correction des erreurs apporte en général rapidement une amélioration. Des antiseptiques adaptés aux zones muco-cutanées, par exemple iode polyvidone (Bétadine<sup>®</sup>) 10mg/ml, dilution 1 : 25 pour un bain de siège ou gluconate de chlorhexidine (Hibidil<sup>®</sup>) 0,5 mg/ml, peuvent être appliqués pendant quelques jours. Conformément au slogan Kamillosan<sup>®</sup> Liquidum « convient toujours » il est fréquemment utilisé pour des bains de siège chez l'enfant mais son utilisation prolongée peut provoquer des irritations. La persistance ou l'apparition d'un érythème vulvaire, peut être le signe d'une allergie de contact (Tabl. 2). Même si les huiles essentielles et flavones ont un effet anti-inflammatoire et sont légèrement désinfectants et désodorisants, il vaut mieux privilégier d'autres options.

### Traitements antibiotiques

Un traitement antibiotique n'est que rarement nécessaire (Tabl. 1). Dans ce cas le choix dé-

Adolescence	
<b>Pathologie infectieuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycose à Candida</li> <li>• Vaginose bactérienne</li> <li>• Infection sexuellement transmissible (activité sexuelle ou/et violence sexuelle)</li> <li>• Virale: Human papilloma virus HPV, Herpès type I et II</li> </ul>
<b>Pathologie inflammatoire non spécifique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritation chimique               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Hygiène intime (savon, parfum, spray, serviettes hygiéniques, douches vaginales, ...)</li> <li>&gt; Epilation</li> <li>&gt; Allergie au latex</li> </ul> </li> <li>• Irritation mécanique               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; sous-vêtements inadaptés (tanga, strings)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pathologie inflammatoire spécifique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Maladie de Behçet</li> </ul>

**Tableau 5 :** Diagnostic différentiel principaux des vulvo-vaginites en fonction de l'âge - adolescence.

Oxyures	Métabendazole, Pyrantelum
Mycose	Nourrisson: Clotrimazole topique Adolescence: ovules vaginaux (Clotrimazole) ou traitement oral, si récurrence ou introduction d'ovules impossible (Fluconazole)
Streptocoques groupe A	Pénicilline/amoxicilline
Trichomonas, Gardnerella, anaérobies	Métronidazole
Lichen scléro-atrophique	Corticoïdes topiques (Béthaméthasone onguent par exemple)

**Tableau 6 :** Approches thérapeutiques principales lors de pathologies spécifiques.

pendra du résultat de la culture microbiologique et de l'antibiogramme<sup>4)</sup>. L'administration orale est la plus adaptée. Le métronidazole (Flagyl<sup>®</sup>, Elyzol<sup>®</sup>) (10-20 mg/kg/j pendant 7 jours) est prescrit en présence d'anaérobies, de Trichomonas et de Gardnerella.

Les mycoses vulvo-vaginales du nourrisson sont traitées par nystatine (Mycostatin<sup>®</sup>) 25'000U/g ou clotrimazole (Canestène<sup>®</sup>) 10 mg/g en crème pendant 6-10 jours. L'utilisation d'ovules vaginaux, dont il existe des préparations diverses, est possible et souhaitable dès l'adolescence, à condition d'être acceptée dans la situation individuelle. Le fluconazole (Diflucan<sup>®</sup>) oral ou le kétoconazole (Nizoral<sup>®</sup>) sont à disposition en cas de difficultés à introduire des ovules et en cas de récurrence. Le traitement local en particulier externe ne permet souvent pas d'agir sur toutes les régions contaminées (vagin, rectum). L'application intravaginale de comprimés vaginaux contenant des bactéries de Doederlein de l'espèce lactobacillus acidophilus sous une forme lyophilisée, associées à 0,03 mg d'estradiol (Gynoflor<sup>®</sup>) et/ou à des irrigations à l'acide lactique (Vagoclyss<sup>®</sup>) chez les adolescentes éprouvant pour des raisons culturelles le besoin de recourir aux douches vaginales, favorise la normalisation de la flore vaginale après une infection et vise à prévenir une récurrence (Tabl. 6).

### Pré- et probiotiques

Il a été démontré que les pré- et probiotiques ont une certaine place lors de déséquilibre de la microflore intestinale en pédiatrie. Ils ne sont par contre non indiqués chez les nourrissons ou en cas de suppression de l'immunité. De nombreuses options pour ne pas parler de phénomène de mode existent maintenant pour la flore vaginale de l'adolescente mais leur intérêt en phase pré-pubère reste à démontrer.

### Conclusions pratiques

Des symptômes vulvo-vaginaux tels qu'érythème, prurit et écoulement vaginal sont et seront fréquents tout au long de la vie d'une femme. Ils débutent déjà dans l'enfance bien que ce sujet reste souvent tabou et que cette problématique soit peu connue parmi les professionnels de la petite enfance. Touchant la sphère intime, elle suscite bien plus d'inquiétude qu'une rhinite allergique, une otite sécrétoire ou une conjonctivite virale même s'il s'agit la plupart du temps d'affections tout aussi bénignes et fugaces. Des

conseils d'hygiène et l'application de soins locaux appropriés suffisent souvent. Des indices évocateurs et des infections associées habituellement à une activité sexuelle peuvent mener vers la piste d'une agression sexuelle.

### Références

- 1) Gehri M, Laubscher B, Di Paolo E, Roth-Kleinert M. Collectif Vade-Mecum de Pédiatrie. Edition BabyGuide. 2014
- 2) Duflos-Cohade C. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale, Trente et unièmes journées nationales, volume 2007, CNGOF, 12.12.2007.
- 3) Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvo-vaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; 330: 186.
- 4) Randelovic G, Mladenovic V, Ristic L et al. Microbiological aspects of vulvo-vaginitis in prepubertal girls. Eur J Pediatr 2012; 171: 1203
- 5) Clinical recommendation: Labial Adhesions. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015; 28: 405.
- 6) Emans SJ, Laufer MR. Emans, Laufer, Goldsteins's Pediatric and Adolescent Gynecology, 6th, Wolters Kluwer. Lippincott, Williams and Wilkins. 2015.
- 7) Trichomoniasis. 2015 STD Treatment Guidelines. Center of Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/trichomoniasis.htm> (consulté le 28.6.2017).

### Correspondance

Dr Saira-Christine Renteria, MER  
FMH gynécologie-obstétrique  
Médecin adjoint  
Département femme-mère-enfant  
Services de Gynécologie-Obstétrique  
CHUV  
Av. Pierre Decker 2  
1011 Lausanne  
[Saira-Christine.Renteria@chuv.ch](mailto:Saira-Christine.Renteria@chuv.ch)

L'auteur certifie qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.