

Pertes vaginales (Vaginose bactérienne, Candidose vulvo-vaginale, Trichomonase)

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	2
Manifestations et diagnostic	3
Figure 1. Prise en charge syndromique des pertes vaginales	6
Prises en considération d'autres ITS	7
Vaginose bactérienne	7
Prise en charge et traitement	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	8
Suivi	8
Considérations spéciales	8
Candidose vulvo-vaginale	9
Prise en charge et traitement	9
Déclaration des cas et notification aux partenaires	12

Pertes vaginales (Vaginose bactérienne, Candidose vulvo-vaginale, Trichomonase)

janvier 2008

Suivi	12
Considérations spéciales	12
Trichomonase	13
Prise en charge et traitement	13
Déclaration des cas et notification aux partenaires	13
Suivi	13
Considérations spéciales	13
Utilisation de lactobacilles vivants pour rétablir la flore vaginale normale	14

PERTES VAGINALES (VAGINOSE BACTÉRIENNE, CANDIDOSE VULVO-VAGINALE, TRICHOMONASE)

Étiologie

- Les trois infections le plus souvent associées aux pertes vaginales chez les femmes adultes sont :
 - la vaginose bactérienne (VB);
 - la candidose vulvo-vaginale (CVV);
 - la trichomonase.
- Les pertes vaginales peuvent parfois être causées par une cervicite attribuable à *Neisseria gonorrhœae* ou à *Chlamydia trachomatis*.
- Parmi les causes non infectieuses des pertes vaginales, notons :
 - des sécrétions physiologiques excessives;
 - une vaginite inflammatoire desquamative;
 - une vaginite atrophique (faibles pertes);
 - des corps étrangers.
- Il faut également envisager les causes non infectieuses du prurit vulvo-vaginal sans pertes vaginales, soit :
 - les agents irritants ou une dermatite allergique (p. ex., latex, savons, parfums);
 - les affections cutanées, par exemple :
 - le lichen scléreux (qui peut augmenter le risque de cancer de la vulve);
 - l'hyperplasie des cellules squameuses;
 - le lichen plan;
 - le psoriasis.

Vaginose bactérienne

- La vaginose bactérienne est la cause la plus fréquente de pertes vaginales.
- Elle est caractérisée par un surcroît de micro-organismes (p. ex., *Gardenerella*, *Prevotella*, *Mobiluncus* spp) et une déplétion de la flore de lactobacilles dans les voies génitales.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

Candidose vulvo-vaginale

- Près de 90 % des cas sont causés par *Candida albicans*, les autres étant causés par d'autres espèces de *Candida* (p. ex., *C. glabrata*) ou par *Saccharomyces cerevisiæ*.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

Trichomonase

- Elle est causée par *Trichomonas vaginalis*, un protozoaire.
- C'est une infection transmissible sexuellement.

Épidémiologie

- Les troubles vaginaux, fréquents en soins primaires, font partie des raisons les plus communes d'une consultation gynécologique.

Vaginose bactérienne

- La prévalence a été estimée entre 10 et 30 % chez les femmes enceintes et à 10 % des patientes consultant un médecin de famille^{1,2}.
- **Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne³.**
- La présence de la VB pendant une intervention effractive comme la pose d'un stérilet, une biopsie endométriale ou un curetage utérin, a été associée à une atteinte inflammatoire pelvienne post-intervention et à une cellulite du dôme vaginal^{4,5}.
- **La présence de la VB est associée à un risque accru d'acquisition du VIH^{6,7}.**

Candidose vulvo-vaginale

- Près de 75 % des femmes présentent au moins un épisode de CVV durant leur vie et 5 à 10 % des femmes en présenteront plus d'un⁸.
- L'incidence de la CVV récurrente (au moins quatre épisodes symptomatiques de CVV par an) a été estimée à 5 % chez les femmes en âge de procréer⁸.
- Parmi les femmes atteintes du VIH, les faibles numérations de CD4 et les charges virales élevées ont été associées à une colonisation persistante de *Candida* et à une incidence accrue de CVV⁹⁻¹².

Trichomonase

- La prévalence de la trichomonase n'a pas été bien déterminée. Dans le cadre d'une étude menée dans une clinique des infections transmissibles sexuellement (ITS) aux États-Unis, la prévalence de la trichomonase a été estimée entre 10 et 35 %, mais ces données sont peu susceptibles d'être généralisables¹³. Parmi les hommes consultant des cliniques ITS, la prévalence a été estimée entre 3 et 20 %¹³.
- **La trichomonase est associée à un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH chez les femmes¹³⁻¹⁵.**

Prévention

- Les facteurs prédisposant à la VB et à la CVV sont présentés au tableau 1.
- La trichomonase, qui est transmise sexuellement, peut être prévenue en pratiquant les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Manifestations et diagnostic

- Les signes et symptômes associés à ces infections ne sont pas spécifiques (voir le *tableau 1*).
- Le diagnostic définitif ne peut être posé qu'après avoir obtenu les résultats aux analyses de laboratoire¹⁶.

Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
Transmission sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement 	<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmise sexuellement
Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent absents • Plus fréquent si la personne est active sexuellement • Nouveau partenaire sexuel • Emploi d'un stérilet 	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent absents • Plus fréquent si la personne est active sexuellement • Usage courant ou récent d'antibiotiques • Grossesse • Corticostéroïdes • Diabète mal maîtrisé • Immunodépression 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires multiples
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Odeur de poisson • Asymptomatique dans 50 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Picotements • Dysurie externe • Dyspareunie superficielle • Asymptomatique dans autant que 20 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Picotements • Dysurie • Asymptomatique dans 10 à 50 % des cas
Signes	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes abondantes, fines, blanches ou grises 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes blanches, en grains ou en mottes • Érythème et œdème du vagin et de la vulve 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes beiges ou jaunes, écumeuses • Érythème de la vulve et du col de l'utérus (col piqueté vasculaire rouge ou « col en fraise »)

Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire (suite)

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
pH vaginal	• > 4,5	• < 4,5	• > 4,5
Préparation à l'état frais	• PN • « Clue cells »*	• Levure bourgeonnante • Filaments pseudo mycéliens	• Protozoaire mobile flagellé (sensibilité de 38 à 82 %) [†]
Coloration de Gram	• « Clue cells »* • Diminution de la flore normale • Prédominance de bacilles et de coccobacilles courbés Gram négatif	• PN • Levure bourgeonnante • Filaments pseudo-mycéliens	• PN • Trichomonas
Odeur d'amine	• Positive	• Négative	• Négative
Traitement privilégié (voir les tableaux 3 à 9)	• Métronidazole • Clindamycine	• Antifongiques	• Métronidazole • Traiter le partenaire

PN = leucocytes polynucléaire

*Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

[†] Le test par mise en culture est plus sensible que l'examen microscopique pour la détection de *T. vaginalis*.

Prélèvement d'échantillons

- Procéder à un examen au spéculum.
- Exclure la cervicite.
- Prélever un échantillon de sécrétions de la paroi vaginale afin de l'analyser au microscope (si l'examen microscopique n'est pas possible sur place, voir *la figure 1* pour la prise en charge syndromique).
- Bien qu'elle ne constitue pas un test sensible, la coloration de Gram peut guider le diagnostic de la cervicite muco-purulente (CMP) et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques.
- L'obtention de résultats négatifs avec une préparation à l'état frais ne permet pas d'exclure une origine infectieuse de la vaginite.
- Une culture est rarement requise dans les cas de vaginite aiguë.

Tableau 2. Prélèvement d'échantillons

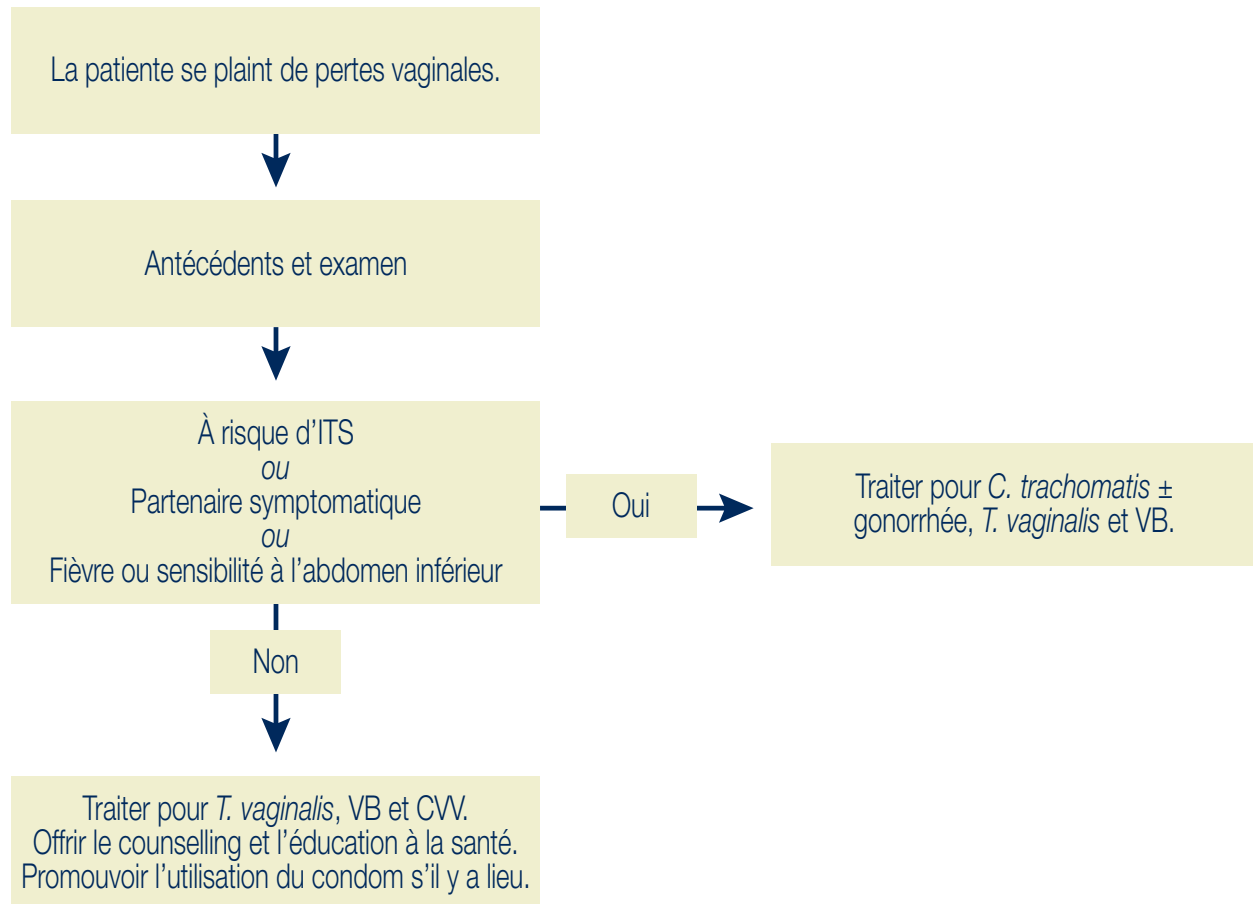
Test	Directives	Résultat normal
Test de pH	Utiliser du papier pH à intervalle de résultats étroit.	pH ≤ 4,5
Préparation à l'état frais	<ul style="list-style-type: none"> Placer une goutte de sécrétions vaginales sur une lame; la mélanger avec une goutte de solution saline à 0,9 %*; recouvrir d'une lamelle; examiner immédiatement au microscope à faible et à fort grossissement. Vérifier la présence de leucocytes, de "clue cells",[†] de lactobacilles, de levures et de trichomonas. 	Cellules épithéliales et globules blancs (rare)
Odeur d'amine/ préparation à l'état frais additionnée de KOH (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> Placer une goutte de sécrétions sur la lame; la mélanger avec une goutte de KOH à 10 %; la présence d'une odeur d'amine (de poisson) après l'application du KOH est un résultat positif; recouvrir d'une lamelle; examiner au microscope à faible et à fort grossissement. Vérifier la présence de levures. 	Négative
Coloration de Gram		Prédominance de grands bacilles Gram-positifs

*Tandis que le KOH détruit les débris cellulaires et permet de décélérer plus clairement les levures et les hyphes, il détruit également les cellules épithéliales dans les « clue cells », lesquelles sont nécessaires pour diagnostiquer la VB, et lyse les Trichomonas. La solution saline est donc nécessaire en cas de vaginite.

[†] Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

Figure 1. Prise en charge syndromique des pertes vaginales

Lorsque l'examen microscopique sur place n'est pas disponible, se référer à l'algorithme mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour la prise en charge des pertes vaginales¹⁷.



CVV = candidose vulvo-vaginale
ITS = infection transmissible sexuellement
VB = vaginose bactérienne

Prises en considération d'autres ITS

- En cas de trichomonase, il faut envisager la présence d'autres ITS. S'il y a lieu, d'après les facteurs de risque de la patiente et de son partenaire (et selon leur statut d'immunisation contre l'hépatite B), on pourra prélever des échantillons pour vérifier la présence des infections suivantes :
 - gonorrhée et chlamydirose;
 - syphilis;
 - VIH;
 - hépatite B.
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

VAGINOSE BACTÉRIENNE

Prise en charge et traitement

Tableau 3. Traitement de la vaginose bactérienne

Asymptomatique	Symptomatique
<p>Le traitement n'est nécessaire que dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• grossesse à risque élevée (antécédents d'accouchement avant-terme);• avant la pose d'un stérilet;• avant une chirurgie gynécologique;• un avortement thérapeutique ou une manoeuvre instrumentale des voies génitales supérieures.	<p><i>Traitements privilégiés</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours• Gel de métronidazole à 0,75 %, 1 applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale, pendant 5 jours• Crème de clindamycine à 2 %, 1 applicateur (5 g), par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 7 jours <p><i>Autres traitements</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique• Clindamycine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours
<ul style="list-style-type: none">• Pour le traitement au métronidazole, le schéma de 7 jours p.o. est aussi efficace que le traitement au gel pendant 5 jours (taux de guérison : de 75 à 85 %) ¹⁸⁻²⁰. La prise d'une dose unique p.o. est également associée à un taux de guérison de 85 %, mais à un taux supérieur de récurrence après un mois (35 à 50 % vs 20 à 33 %) [A-I] ²¹.• Dans une étude, la crème de clindamycine était équivalente aux deux schémas de métronidazole (taux de guérison de 75 à 86 %) [A-I] ²⁰.	

Remarque :

- **Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).**
- La crème à la clindamycine est à base d'huile, ce qui peut nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

Vaginose bactérienne récurrente

- Près de 15 à 30 % des patientes présentent une vaginose bactérienne récurrente un à trois mois après le traitement²².
- Confirmer de nouveau le diagnostic.

Tableau 4. Traitement de la vaginose bactérienne récurrente

- **Métronidazole**, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [B-III]^{22,23}
- **Gel de métronidazole à 0,75 %**, un applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale pendant 10 jours, suivi d'un traitement supprimeur au gel de métronidazole appliqué deux fois par semaine pendant 4 à 6 mois [B-III]²⁴

Remarque :

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La vaginose bactérienne n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le traitement des partenaires sexuels de sexe masculin n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence de l'infection.

Suivi

- Le suivi n'est pas nécessaire à moins que la patiente soit enceinte ou que des symptômes réapparaissent.

Considérations spéciales

Grossesse

- Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne³.
- Le dépistage systématique de la VB pendant la grossesse n'est pas recommandé. Dans le cas de grossesse à risque élevé, les données préconisent le dépistage et le traitement entre la 12^e et la 16^e semaine de grossesse (voir le chapitre « Femmes enceintes »). Cependant, les femmes enceintes présentant des symptômes devraient passer des tests et être traitées.

- Le traitement de la VB asymptomatique chez les femmes ayant déjà accouché avant-terme pourrait réduire le risque d'une rupture des membranes prématurée, le travail avant-terme et le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance [B-I]^{5,26}. Traiter aux antibiotiques oraux : le métronidazole et la clindamycine par voie orale ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse ou l'allaitement²⁶⁻³¹. Les antibiotiques topiques n'ont pas d'effet sur les naissances avant-terme, **mais le traitement par la clindamycine topique pendant la grossesse a été associé à des issues indésirables chez les nouveau-nés** (voir le chapitre « Femmes enceintes »).

- Il est important de refaire le test un mois après la fin du traitement pour confirmer son efficacité.



VIH

- Le traitement est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne le sont pas.

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE

Prise en charge et traitement

Candidose vulvo-vaginale sans complication

Tableau 5. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sans complication

Asymptomatique	Symptomatique
<ul style="list-style-type: none">• Le traitement n'est pas nécessaire.	<ul style="list-style-type: none">• Ovules et crèmes intra-vaginales à base d' azoles, en vente libre (p. ex., clotrimazole, miconazole)• Fluconazole 150 mg, p.o., en dose unique. Contre-indiqué pendant la grossesse.
<ul style="list-style-type: none">• L'efficacité des azoles topiques et oraux est équivalente [A-I]³². L'efficacité estimée se situe entre 80 et 90 %³².• Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent en deux ou trois jours.	

Remarque :

- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes

Candidose vulvo-vaginale complexe

- Définie comme une CVV récurrente, une CVV sévère, une CVV causée par une espèce non *albicans* ou survenant chez une personne immunodéprimée.

La CVV récurrente

- Survenue d'au moins quatre épisodes ou plus de CVV en 12 mois.
- Confirmer le diagnostic de CVV récurrente en prélevant une culture vaginale et en procédant à l'identification complète des espèces isolées, ce qui devrait permettre d'orienter le traitement. Les espèces non *albicans* se retrouvent chez 10 à 20 % des patientes souffrant de CVV récurrente³³. Le traitement antifongique classique n'est pas aussi efficace contre certaines de ces espèces (voir le *tableau 8*).
- Le traitement requiert une induction généralement suivie d'un schéma d'entretien de six mois (voir le *tableau 6*).
- Aux patientes sujettes aux CVV récurrentes requérant une antibiothérapie, on peut administrer des azoles prophylactiques topiques ou oraux, comme le fluconazole 150 mg, par voie orale, au début de l'antibiothérapie, puis une fois par semaine pendant la durée du traitement [B-III]⁸.

Tableau 6. Traitement de la candidose vulvo-vaginale récurrente

Traitement d'induction
<ul style="list-style-type: none">• Fluconazole 150 mg, p.o., 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 3 doses [A-I]³⁴. Efficacité de 92 %. Contre-indiqué pendant la grossesse.• Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-II]³⁵⁻³⁸.• Acide borique 300 à 600 mg, sous forme de capsule de gélatine, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 14 jours [B-II]^{39,40}. L'irritation mucoale est moindre lorsqu'une dose de 300 mg est utilisée⁴⁰. Efficacité d'environ 80 %⁴⁰. Contre-indiqué pendant la grossesse.

Notes :

- Chaque épisode de CVV récurrente causée par *C. albicans* répond généralement à un traitement aux azoles oraux ou topiques, le traitement étant plus efficace lorsque sa durée est plus longue³⁶.
- Sans traitement d'entretien, la CVV est récurrente chez 50 % des patientes, dans les trois mois qui suivent la fin du traitement initial.
- Commencer le traitement d'entretien dès la fin du traitement initial.

Traitement d'entretien
<ul style="list-style-type: none">• Fluconazole 150 mg, p.o., 1 fois par semaine [A-I]³⁴. Une récurrence s'est produite dans 10 % des cas pendant le traitement.• Kétoconazole à 100 mg, p.o., 1 f.p.j. [A-I]⁴¹. Une récurrence s'est produite dans 5 % des cas pendant le traitement. Il faut suivre les patientes recevant du kétoconazole à long terme pour surveiller toute hépatotoxicité (incidence de 1/12 000).• Itraconazole de 200 à 400 mg, p.o., 1 fois par mois [A-I]^{42,43}. Une récurrence s'est produite dans 36 % des cas pendant le traitement⁴³.• Clotrimazole 500 mg, par voie intra-vaginale, 1 fois par mois [A-I]⁴⁴.• Acide borique 300 mg, en capsule par voie intra-vaginale, pendant 5 jours, chaque mois à compter du premier jour du cycle menstruel [B-II]⁴⁰. Une récurrence s'est produite dans 30 % des cas pendant le traitement⁴⁰.

Notes :

- La durée minimale du traitement d'entretien est de six mois. Après six mois, cesser le traitement et faire un suivi.
- Le taux de récurrence est élevé, celle-ci se produisant chez près de 60 % des femmes dans le mois ou les deux mois qui suivent l'arrêt du traitement d'entretien^{8,36}.
- En cas de récurrence, traiter l'épisode puis réintroduire un schéma d'entretien.
- **Le fluconazole et l'acide borique sont contre-indiqués pendant la grossesse.**
- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

CVV sévère

- Érythème, œdème, excoriation ou formation des fissures majeurs de la vulve.

Tableau 7. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sévère

Fluconazole 50 mg, p.o., 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 2 doses [A-I]³³.
Contre-indiqué pendant la grossesse.
Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-III]^{8,35,37,38}.

Remarque:

- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

CVV causée par une espèce non *albicans*

- Le plus souvent causée par *C. glabrata*, lequel est de 10 à 100 fois moins sensible aux azoles que *C. albicans*⁸.

Tableau 8. Traitement de la candidose vulvo-vaginale causée par une espèce non *albicans*

Traitement initial

- **Acide borique** 600 mg, en capsule à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{38,39,45,46}. Efficacité de 64 à 81 %. Brûlures vaginales signalées dans <10 % des cas.
- **Crème de flucytosine** à 5 g, à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{46,47}. Efficacité de 90 %.
- **Amphotéricine B** 50 mg, en suppositoire à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]⁴⁸. Efficacité de 80 % (10 patients). Irritation externe légère signalée dans 10 % des cas.
- **Flucytosine** à 1 g PLUS **amphotéricine B** à 100 mg (les deux combinées dans un gel lubrifiant), administrées par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]^{49,50}. Efficacité dans 100 % des cas (4 patientes).

En cas de symptômes récurrents

- Retraiter par **l'acide borique** en capsule de 600 mg, à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours, SUIVI DE : **l'acide borique**, 1 fois tous les 2 jours pendant plusieurs semaines, OU 100 000 unités de **nystatine** en suppositoire, 1 f.p.j. pendant 3 à 6 mois [B-III]⁸.

Remarque:

- Il n'existe pas de données sur l'innocuité de l'acide borique utilisé à long terme⁵¹.

Personnes immunodéprimées

- Personnes qui prennent des corticostéroïdes ou dont le diabète n'est pas maîtrisé.
- Les espèces *C. glabrata* et les autres espèces non *albicans* sont plus souvent isolées chez les femmes diabétiques que chez celles qui ne font pas de diabète.
- Traiter pendant une plus longue durée (10 à 14 jours) par un **azole intra-vaginal** [B-III] OU de **l'acide borique** en capsule de 600 mg, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{37,38}.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La candidose vulvo-vaginale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le dépistage et le traitement systématiques ne sont pas indiqués chez les partenaires de sexe masculin⁵²⁻⁵⁴. Cependant, ces derniers devraient recevoir un traitement s'il s'agit d'une infection à *Candida balanitis*. Utiliser une crème d'azole topique deux fois par jour pendant sept jours.

Suivi

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes persistent ou soient récurrents.
- Envisager faire une mise en culture et un test de sensibilité de la levure si la réponse au traitement n'est pas adéquate ou si l'infection réapparaît.

Considérations spéciales

Grossesse

- Seuls les azoles topiques sont recommandés pour le traitement de la candidose vulvo-vaginale pendant la grossesse. Un traitement de sept jours pourrait être nécessaire⁵⁵.

VIH

- Le traitement de la candidose est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.
- La candidose vaginale est souvent récurrente et plus sévère chez les femmes séropositives. Dans certains cas, elle nécessite un traitement plus agressif et à plus long terme.

TRICHOMONASE

Prise en charge et traitement

Tableau 9. Traitement de la trichomonase

<ul style="list-style-type: none">• Métronidazole 2 g, p.o., en dose unique [A-I]⁵⁶• Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j, pendant 7 jours [A-I]⁵⁶
<ul style="list-style-type: none">• Efficacité de 82 à 88 % pour les deux schémas thérapeutiques; elle peut atteindre 95 % si le partenaire est traité lui aussi⁵⁶.• Le gel de métronidazole intra-vaginal n'est pas efficace.

Remarque :

- Les patients ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral par le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La trichomonase est une maladie à déclaration obligatoire dans certaines régions.
- Les partenaires devraient recevoir un traitement contre la trichomonase quel que soient les symptômes (il n'est pas nécessaire de les soumettre à des tests de dépistage de *Trichomonas*). La majorité des hommes infectés par le *T. vaginalis* sont asymptomatiques, mais certains d'entre eux présentent une uréthrite légère. Traiter les partenaires sexuels de la même façon que le cas index.


Suivi

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes soient récurrents, ce qui se produit généralement en cas de réinfection.
- La prévalence de *T. vaginalis* résistant au métronidazole est estimée à 5 %. Répond habituellement à une dose élevée de métronidazole⁵⁷.

Considérations spéciales

Grossesse

- La trichomonase peut être associée à une rupture prématurée des membranes, à une naissance avant-terme et à un faible poids à la naissance.

 Les femmes enceintes présentant des symptômes devraient être traitées avec le **métronidazole** 2 g, p.o., en dose unique, pour soulager les symptômes [A-I]. Un autre traitement possible est le **métronidazole** 500 mg, p.o., 2 f.p.j, pendant 7 jours [A-I]. Il n'est pas connu si le traitement améliorera l'issue des grossesses^{58,59}.

- Il n'est pas recommandé de traiter les femmes enceintes qui ne présentent pas de symptômes [D-I]⁶⁰.
- Le métronidazole n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse ou l'allaitement²⁶⁻³¹.

VIH

- Le traitement de la trichomonase est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.

Utilisation de lactobacilles vivants pour rétablir la flore vaginale normale

- Les préparations de lactobacilles sont souvent utilisées pour le traitement de la VB et de la CVV. 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 placebo⁶¹. Cependant, dans un essai plus récent, randomisé, bien conçu, contrôlé et mené auprès de 278 femmes, la prise de *L. rhamnosus* par voie orale et par voie intra-vaginale s'est avérée inefficace pour la prévention des CVV post-antibiothérapie⁶².
- Deux essais randomisés et contrôlés ont étudié l'emploi d'une combinaison topique à base de *L. 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 (VB, VVV, trichomonase) dans le second^{63,64}. 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.