# Santé gynécologique : cas complexes

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Volume 25 (7), août 2017

## INTRODUCTION

Les affections gynécologiques incitent souvent les femmes à consulter un médecin. Si certaines affections sont relativement évidentes quant à leur tableau clinique, à leur diagnostic et à leur traitement, d'autres, telles que la vaginite avec complications, les fibromes utérins et l'adénomyose, peuvent être plus complexes.

## OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de décrire une démarche à adopter pour le diagnostic différentiel, les tests et le traitement d'une vaginite avec complications;
- d'évaluer et de prendre en charge les fibromes et l'adénomyose, ce qui comprend les examens, le traitement, le suivi et les points à prendre en considération en ce qui a trait à la fertilité.

## TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux ..... 4
Commentaires des histoires de cas ..... 10
Collaborateurs et déclarations ..... 12
Références bibliographiques ..... 13
Annexes ..... 15

## HISTOIRES DE CAS

### Cas numéro 1 : Élyse, âgée de 26 ans, G0P0

Élyse consulte à cause d'un écoulement vaginal avec irritation et légère odeur présent depuis deux semaines. Elle ne présente aucun symptôme urinaire, ni lésion ou plaie urogénitale; elle ne ressent aucune douleur pelvienne. Elle prend actuellement un contraceptif combiné par voie orale; ses cycles menstruels sont normaux et elle ne présente aucun saignement irrégulier. Élyse a essayé le clotrimazole à 2 % par voie intravaginale pendant trois jours, ce qui n'a pas soulagé ses symptômes. Elle a déjà présenté trois épisodes similaires au cours des neuf derniers mois; voici les résultats des tests et de la prise en charge :

**Premier épisode, il y a neuf mois**

- Résultat négatif au test de dépistage de la gonorrhée, de *Chlamydia*, de *Trichomonas*, d'une vaginose bactérienne; résultat positif pour les levures.
- Traitée par le clotrimazole à 2 % par voie intravaginale une fois par jour pendant trois jours, ce qui a un peu soulagé ses symptômes.

**Deuxième épisode il y a cinq mois**

- Résultat négatif au test de dépistage de la gonorrhée, de *Chlamydia* et de *Trichomonas*; résultat positif pour la vaginose bactérienne et les levures.
- Traitée par le métronidazole à 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant sept jours, et le fluconazole à 150 mg une fois par jour pendant un jour, ce qui a soulagé ses symptômes.

**Troisième épisode il y a trois mois**

- Elle s'est autotraitée par le fluconazole à 150 mg par voie orale une fois par jour pendant un jour, ce qui a un peu soulagé ses symptômes.

Élyse a des antécédents de psoriasis. Elle pense avoir des antécédents familiaux de maladie auto-immune, mais elle n'en connaît pas les détails. Elle n'a aucune allergie connue.

Elle ne prend aucun médicament à part son contraceptif par voie orale (CO). Elle n'a pas pris d'antibiotiques récemment. Ses dernières relations sexuelles remontent à six mois; elle a eu un seul partenaire l'année dernière. Elle utilise des préservatifs régulièrement. Le résultat de son frottis de Pap réalisé l'année dernière était normal.

À l'examen urogénital externe, on ne constate aucune lésion, ulcération ou anomalie cutanée. L'examen au spéculum révèle un écoulement blanc, une légère rougeur du tissu vaginal et une légère odeur. Le col de l'utérus semble normal.

***Comment prendriez-vous en charge Élyse?***

**Deuxième partie**

Élyse revient pour connaître les résultats de ses tests : résultat positif au test de culture pour la levure *C. albicans*. Elle est énervée et contrariée à cause de ses infections à levures récurrentes; elle souhaite en connaître la raison, savoir de quel traitement elle a besoin et ce qu'elle peut faire pour prévenir d'autres infections.

***Que feriez-vous à présent?***

***Comment prendriez-vous en charge ce cas si le diagnostic était celui d'une vaginose bactérienne symptomatique récurrente?***

***Comment prendriez-vous en charge ce cas si les tests de culture subséquents étaient négatifs quant aux infections?***

## Cas numéro 2 : Rania, âgée de 44 ans, G2P2

Rania consulte à cause de saignements vaginaux abondants et irréguliers présents depuis six mois. Ses cycles menstruels sont maintenant espacés de trois à six semaines. Il lui arrive souvent de remplir une à deux serviettes hygiéniques en une heure, au point de ne pas pouvoir quitter la maison. Avant cela, ses cycles étaient de 28 jours, ses menstruations duraient un maximum de cinq jours, et ses saignements étaient modérés seulement. Elle présente une dysménorrhée significative et prend de l'acétaminophène, ce qui la soulage un peu. Elle n'a pas d'antécédents d'autres saignements anormaux ou d'ecchymoses, elle ne présente pas d'essoufflement, de douleur thoracique ou de fatigue. Rania est en bonne santé et a subi une ligature des trompes il y a cinq ans, après la naissance de son deuxième enfant. Elle est mariée et n'a aucun nouveau partenaire sexuel. Elle ne prend aucun médicament de façon régulière, elle ne fume pas et boit deux verres de vin par semaine.

Sa tension artérielle est de 130/80, et sa fréquence cardiaque de 86. Son IMC est de 28, et son poids est stable depuis cinq ans. Ses conjonctives sont pâles. Les examens de la thyroïde, des ganglions lymphatiques et de l'abdomen sont normaux. L'examen gynécologique révèle un utérus volumineux, mais sans autre particularité.

**Examens**

Hémoglobine : 109 (120-160 g/L)
VGM : 74 (76-100 fL)
CCMH : 306 (310-370 g/L)
Plaquettes : 200 (150-400 x 109/L)
RIN : 1,0 (0,9-1,1)
Temps de céphaline : 25 (22-37 s)
Ferritine : 8 (20-200 µg/L)
TSH : 1,6 (0,4-4,8 mUI/L)
Bêta-HCG : négative
Frottis de Pap : normal
Échographie transvaginale : on note que l'utérus est légèrement volumineux à cause de la présence « possible d'un fibrome diffus ou d'une adénomyose ».

Les symptômes de Rania ont eu des répercussions négatives considérables sur son travail d'enseignante. Elle aime faire de la randonnée et du ski en famille, mais ses saignements vaginaux abondants et ses crampes l'empêchent souvent d'en faire.

***Quelle serait votre approche pour la prise en charge?***

**Deuxième partie**

Après discussion avec Rania, vous décidez d'effectuer une biopsie de l'endomètre qui révèle un endomètre prolifératif et l'absence de tumeur maligne.

En raison de ses antécédents familiaux de cancer du sein chez sa mère et sa tante maternelle, elle est réticente à l'idée d'essayer un traitement hormonal, et refuse le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel. Rania n'a pas d'antécédent personnel ou familial de troubles de la coagulation. Elle accepte d'essayer un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et/ou l'acide tranexamique. Vous instaurez également une supplémentation en fer par le fumarate ferreux à 250 mg 3 f.p.j.

Six mois plus tard, vous travaillez au service d'urgence où Rania se présente à cause d'un saignement vaginal extrêmement abondant, qui remplit ses serviettes hygiéniques toutes les 20 minutes. Elle présente seulement de légères crampes. À l'examen, le saignement provient manifestement de l'ouverture du col de l'utérus. Ses signes vitaux sont stables et elle ne présente aucun changement orthostatique de la fréquence cardiaque ou de la tension artérielle.

Elle a essayé l'AINS et l'acide tranexamique, mais ceux-ci n'ont pas amélioré ses symptômes. Son taux d'hémoglobine au service d'urgence a maintenant baissé à 85. Elle commence à présenter des symptômes tels que la fatigue et un léger essoufflement à l'effort. Rania vous demande quelles sont les prochaines étapes. Elle a entendu dire que les « fibromes peuvent se transformer en cancer » et est préoccupée à l'idée qu'ils pourraient être la cause de ses saignements importants.

***Comment la prendriez-vous en charge au service d'urgence?***

***Que répondriez-vous à ses questions et à ses préoccupations?***

**Tableau 1. Caractéristiques de la vulvovaginite avec complications**[1,2,5-8]

| | Candidose vulvovaginale | Vaginose bactérienne | Trichomonase |
|---|---|---|---|
| **Facteurs de risque** | Souvent absents<br>Médicaments : prise actuelle ou récente d'antibiotiques, utilisation de corticostéroïdes, utilisation d'un contraceptif combinant œstrogène/progestérone ou d'un traitement oral par des œstrogènes, utilisation d'un DIU, utilisation d'un diaphragme avec spermicide<br>Affections médicales ou autres états : grossesse, diabète, antécédent de CVV, immunosuppression<br>Parmi les femmes porteuses du VIH, un faible nombre de CD4 et une charge virale élevée sont associés à une colonisation persistante par *Candida* et à une fréquence accrue de CVV. | Souvent absents<br>Antécédent de VB ou d'utilisation d'un DIU, nouveau partenaire sexuel, partenaires multiples<br>Plus fréquente si la patiente est active sexuellement | Partenaires sexuels multiples |
| **Signes/ symptômes** | Écoulement vaginal (blanc, agrégé, en grumeaux), démangeaisons, dysurie externe, dyspareunie superficielle<br>Vulve : érythème, œdème ou fissures | Écoulement vaginal (blanc ou gris, liquide, abondant), odeur de poisson<br>L'aspect de la vulve est généralement normal | Écoulement vaginal, démangeaisons, dysurie<br>Vulve : érythème, œdème ou fissures |
| **Tests*** | En cas de CVV avec complications, prélever une culture vaginale afin d'identifier des espèces spécifiques et d'orienter le traitement approprié (rechercher des espèces de *Candida* différentes d'*albicans*).<br>Des tests additionnels de dépistage du VIH et du diabète pourraient être justifiés chez les patientes présentant des facteurs de risque de ces affections. | La coloration de Gram est la méthode de référence pour le diagnostic, mais les critères cliniques tels que les critères d'Amsel peuvent être utilisés :<br>• Écoulement vaginal liquide et grisâtre<br>• Test positif à la potasse après application d'hydroxyde de potassium à 10 % (KOH)<br>• > 20 % de cellules vaginales recouvertes de bacilles sur une préparation à l'état frais<br>• pH vaginal > 4,7<br>La présence de trois critères sur quatre est considérée comme diagnostique[9] | Culture vaginale : spécificité élevée (près de 100 %), sensibilité inférieure (~75 %) – il est important de transporter rapidement l'échantillon au laboratoire pour que les micro-organismes restent viables<br>TAAN : sensibilité et spécificité : 95-100 %<br>Préparation à l'état frais pour microscope : faible sensibilité (51-65 %) – il faut examiner l'échantillon dans les 10 minutes suivant le prélèvement pour augmenter la probabilité d'observer une motilité, le cas échéant |

* L'utilisation et la disponibilité des tests varient selon les provinces; DIU : dispositif intra-utérin; TAAN : test d'amplification de l'acide nucléique

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### VULVOVAGINITE AVEC COMPLICATIONS

Dans le présent module, le terme « avec complications » sera employé à titre générique pour désigner des infections vaginales persistantes (symptômes chroniques causés par l'échec d'un traitement) ou récurrentes (récurrence de nouvelles infections espacées de périodes asymptomatiques).

1. Les causes les plus courantes de vulvovaginite infectieuse sont la candidose vulvovaginale (CVV), la vaginose bactérienne (VB) et la trichomonase, qui représentent ensemble plus de 90 % des cas[1].

2. Les échecs de traitement et les infections récurrentes sont fréquents chez les femmes souffrant d'infections vulvovaginales[1].
   a) Environ 75 % des femmes présenteront au moins un épisode de CVV dans leur vie; 5 à 10 % de ces femmes en présenteront plusieurs[2].
   b) La prévalence de la VB (culture positive) est d'environ 29 % dans la population générale[3]. La VB peut réapparaître chez 15 à 30 % des patientes pendant les trois premiers mois suivant le traitement[2].

3. L'évaluation d'une vulvovaginite avec complications commence par l'anamnèse :
   a) Facteurs de risque (tableau 1).
   b) Signes et symptômes (tableau 1).
   c) Utilisation d'irritants tels que des savons, des parfums, des protège-dessous parfumés, des spermicides, des douches vaginales et des produits contenant des allergènes (p. ex. préservatifs en latex). La dermatite de contact peut toucher 21 % des femmes atteintes de vulvovaginite avec complications [sondage, n = 200][4].
   d) Traitements antérieurs : type, mode d'administration, durée et réponse[5].

4. Un examen physique, y compris l'inspection de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, pourrait en révéler la cause – p. ex. un trouble cutané tel que le lichen plan (voir Renseignements généraux, point 6)[4].

5. Les analyses de laboratoire (tableau 1) dépendront des résultats de l'anamnèse et de l'examen.

6. Il faut aussi envisager les causes non infectieuses de la vulvovaginite :
   a) En cas d'écoulement vaginal : sécrétions physiologiques excessives, atrophie vaginale, corps étranger, vaginite inflammatoire desquamative – une affection qui cause des symptômes généraux d'irritation et d'écoulement; résultats de l'examen : rougeur vaginale et écoulement, pH vaginal élevé, l'examen microscopique révèle des cellules inflammatoires et des cellules squameuses immatures.
   b) Prurit sans écoulement vaginal : dermatite irritante ou allergique, troubles cutanés qui pourraient exiger une biopsie pour le diagnostic – p. ex. lichen scléreux, lichen plan, psoriasis, hyperplasie spinocellulaire (affection qui cause une irritation chronique semblable au lichen scléreux ou au lichen plan, diagnostiquée par biopsie)[2].

#### Candidose vulvovaginale (CVV) avec complications

7. La CVV avec complications désigne une affection accompagnée d'au moins l'un des facteurs suivants :
   - Récurrence : au moins 3-4 épisodes symptomatiques par an, voire plus.
   - Associée à des symptômes significatifs.
   - Causée par des espèces différentes d'*albicans* (voir Renseignements généraux, point 8).
   - Présente chez une patiente immunodéprimée – souvent en cas d'immunosuppression, de diabète, de prise de corticostéroïdes[2,8].

8. Chez les femmes immunocompétentes, environ 80 à 95 % des cas de CVV sont causés par *Candida albicans*; le reste est causé par des espèces atypiques de *Candida* (le plus souvent par *C. glabrata*, moins fréquemment par *C. krusei*, *C. tropicalis* et *C. parapsilosis*)[10].
   a) Les vaginites causées par *Candida albicans* et des espèces différentes d'*albicans* sont cliniquement indistinguables, mais peuvent être identifiées en culture[10].
   b) Les infections par des espèces différentes d'*albicans* sont plus fréquentes avec l'âge. Lors d'une vaste étude nationale menée aux É.-U. (n = 93 775) sur des isolats d'espèces causant des CVV, *C. glabrata* représentait 18 % des isolats chez les femmes de ≥ 51 ans par rapport à 4,8 % des isolats chez les femmes de < 30 ans[11].
   c) Les espèces différentes d'*albicans* peuvent être plus résistantes au traitement – *C. glabrata* est moins sensible au fluconazole; *C. krusei* est résistant à ce médicament. Chez les patientes présentant une infection confirmée à *C. albicans* qui ne répondent pas au traitement antifongique, il convient d'envisager d'autres diagnostics tels que le lichen scléreux ou la dermatite de contact (voir Renseignements généraux, point 6)[10].

##### *Traitement*

9. Les patientes s'autotraitent souvent par des produits en vente libre pour une CVV présumée. Lors d'une étude américaine menée auprès de 95 femmes qui

ont acheté un antifongique en vente libre pour une CVV, le diagnostic réel était juste dans 33,7 % des cas seulement[12]. Il faudrait encourager les femmes qui présentent une récurrence des symptômes dans les mois qui suivent un autotraitement de consulter un médecin pour passer une évaluation clinique[2].

10. En général, le traitement d'une CVV avec complications exige une phase d'induction suivie d'un traitement d'entretien pendant six mois (annexe 1). Sans traitement d'entretien, la CVV réapparaît chez 50 % de ces patientes en trois mois[2].
    - Les femmes enceintes peuvent présenter une CVV plus longue et des symptômes plus graves. Pour être efficace, le traitement doit généralement comporter des pharmacothérapies de plus longue durée. Seuls les azoles topiques sont recommandés pendant la grossesse[8] – l'acide borique est contre-indiqué, et l'innocuité d'une seule dose de fluconazole pendant la grossesse est inconnue. Il n'est pas contre-indiqué techniquement, mais il appartient à la catégorie C s'il est utilisé pendant la grossesse (voir annexe 1).

11. Le choix du traitement dépendra des espèces identifiées :
    - *C. albicans* : le fluconazole par voie orale est le traitement de première intention.
    - Espèces différentes de *C. albicans* : acide borique par voie vaginale. Les capsules peuvent être fabriquées par le pharmacien.

    Voir l'annexe 1 pour de plus amples renseignements sur le traitement d'induction et d'entretien des CVV avec complications.

12. Une petite étude comparative randomisée (n = 55) menée au Brésil a comparé le traitement d'une infection aiguë de type CVV par le fluconazole à 150 mg par voie orale associé soit à deux probiotiques (*L. rhamnosus* + *L. reuteri*), soit à un placebo en capsules, également administrés par voie orale. À quatre semaines, les femmes du groupe sous probiotiques présentaient moins de symptômes (démangeaisons et sensation de brûlures) (10,3 % p/r à 34,6 %; $p$ = 0,03). Il n'y a pas eu d'amélioration des taux de guérison symptomatique dans le sous-groupe de femmes ayant rapporté des antécédents de CVV récurrentes[13].

13. On n'a pas établi d'avantage clair du traitement du partenaire de sexe masculin, car la transmission de l'infection serait rare[1]. Une minorité de partenaires de sexe masculin pourraient être atteints d'une balanite et pourraient bénéficier du traitement par un antifongique topique[2]. Pour plus d'information, veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Problèmes péniens : phimosis et balanite (balanoposthite) » de 2017 à l'adresse suivante : https://members.fmpe.org.

14. Les données à l'appui de stratégies telles que la diminution de la consommation alimentaire de sucre ou l'arrêt des contraceptifs oraux sont « empiriques, et les preuves à l'appui de l'efficacité sont minimes »[7].

15. Les patientes qui ont tendance à présenter des CVV avec complications et qui ont besoin d'antibiotiques peuvent prendre des azoles par voie topique ou orale à titre prophylactique (p. ex. fluconazole oral à 150 mg) au début d'un traitement antibiotique et une fois par semaine pendant ce traitement [opinion d'experts][2].

## Vaginose bactérienne (VB) avec complications

16. La VB récurrente est définie par la survenue d'au moins trois infections avérées par an[1]. Les récurrences peuvent être causées par :
    - un écosystème vaginal normal qui n'est pas bien rétabli après le traitement initial;
    - un traitement insuffisant de l'infection initiale;
    - une réinfection;
    - des facteurs de risque sous-jacents[14].

### *Traitement*

17. Avant d'essayer plusieurs traitements, il faut reconfirmer le diagnostic de VB (voir le tableau 1)[2,8].

18. Le traitement de première intention de la VB avec complications est le métronidazole par voie orale à 500 mg 2 f.p.j. pendant 10 à 14 jours (contrairement à sept jours dans les cas de VB sans complications). Si ce traitement est inefficace, le métronidazole en gel à 0,75 %, à raison d'un applicateur (5 g) par voie intravaginale chaque jour pendant 10 jours est recommandé, suivi d'un traitement d'entretien par le métronidazole en gel deux fois par semaine pendant trois à six mois [opinion d'experts].
    **Remarque :** Il faut éviter de consommer de l'alcool pendant le traitement oral et dans les 24 heures qui suivent, à cause d'une réaction possible au disulfirame (effet antabuse)[2].

19. Des preuves de très faible qualité appuient d'autres options thérapeutiques pour la VB avec complications, y compris[6] :
    - Le métronidazole par voie orale à 500 mg 2 f.p.j. pendant sept jours, suivi de l'acide borique par voie intravaginale à 600 mg par jour pendant 21 jours, puis d'un traitement suppressif par le métronidazole à 0,75 % en gel deux fois par semaine pendant quatre à six mois [examen non contrôlé, non randomisé et rétrospectif de dossiers, n = 58][15].
    - Acidification du vagin avec des comprimés de

vitamine C : 142 femmes ayant des antécédents de VB ont été réparties au hasard à un schéma de six mois par un placebo ou des ovules gynécologiques de vitamine C à 250 mg, administrés chaque jour pendant six jours par mois, après les menstruations. Bien que ce schéma ait réduit les récidives bactériologiques d'après les critères d'Amsel, on n'a noté aucune différence entre les groupes pour ce qui était des signes et des symptômes de la VB.

20. Deux études comparatives randomisées et contrôlées par placebo ont permis d'évaluer l'utilité des probiotiques vaginaux pour le traitement de la VB récurrente.
    a) La première étude (n = 120) portait sur les bienfaits d'une capsule probiotique contenant trois espèces de *Lactobacillus*, insérée par voie vaginale, pour la prévention de la VB. Les femmes ayant eu ≥ 2 épisodes de VB avérée dans l'année précédente ont pris des probiotiques sous forme de capsules vaginales une fois par jour pendant sept jours, elles ont arrêté le traitement pendant sept jours et l'ont repris pendant sept autres jours (traitement total de trois semaines). Le groupe de l'étude a connu une amélioration quant à l'écoulement à deux mois et à 11 mois après le traitement (51,8 % p/r à 26,4 %; 27,7 % p/r à 10,6 %, $p < 0,05$ respectivement). La mauvaise odeur s'est aussi atténuée dans le groupe de l'étude, mais uniquement à 11 mois (27,7 % p/r à 9,3 %, $p < 0,05$)[16].
    b) Dans la deuxième étude (n = 578), des femmes ayant des antécédents de VB récurrente et atteintes d'une infection avérée au moment de l'étude ont reçu du métronidazole à 500 mg 2 f.p.j. et un probiotique vaginal sous forme de capsule contenant trois espèces de *Lactobacillus* ou un placebo à prendre deux fois par jour pendant 10 jours. Après la guérison, elles ont reçu le même probiotique pendant 10 jours au cours de la période prémenstruelle, durant les trois mois suivants. On n'a noté aucune différence quant aux taux de récidive réelle entre les deux groupes; toutefois, le délai avant la récidive était plus long dans le groupe sous probiotique (71,4 p/r à 47,3 jours, $p = 0,012$)[17].

    **Remarque :** Les deux études ont été financées par des fabricants.

21. Le traitement des partenaires de sexe masculin n'est pas recommandé[2], mais les études comparatives randomisées qui ont fait état d'aucun avantage du traitement chez le partenaire ont été critiquées pour leurs lacunes méthodologiques importantes[1].

22. L'abstinence ou des relations sexuelles protégées pourraient offrir certains avantages. Une étude comparative randomisée menée aux États-Unis (n = 568), qui a permis de comparer des traitements de 7 et 14 jours par le métronidazole +/- l'azithromycine auprès de femmes atteintes de VB symptomatique (d'après les critères d'Amsel), n'a révélé aucune différence quant aux taux de guérison entre les groupes traités; cependant, les femmes qui se sont abstenues d'avoir des relations sexuelles ou qui ont toujours utilisé des préservatifs étaient 50 % plus susceptibles de voir leur état s'améliorer ou de devenir asymptomatiques par rapport à celles qui ont eu des relations sexuelles non protégées (RR : 1,50; IC à 95 % : 1,10-2,05). De plus, les femmes qui n'ont pas eu recours aux douches vaginales durant l'étude étaient significativement plus susceptibles de voir une amélioration ou de guérir par rapport à celles qui ont rapporté l'utilisation de douches vaginales une à deux fois par mois (RR : 1,82; IC à 95 % : 1,13-2,92)[18].

23. Pour ce qui est des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, « on préconise de nettoyer les jouets sexuels partagés entre les utilisations, mais le dépistage systématique ou le traitement de la partenaire de sexe féminin n'est pas une recommandation »[5].

## FIBROMES UTÉRINS

**Remarque :** Les termes fibrome, myome et léiomyome sont synonymes. Le terme « fibrome » sera employé dans le présent module..

### Évaluation

24. Les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes présentes chez 70 % de toutes les femmes à l'âge de 50 ans. Malgré leur état bénin, les fibromes peuvent être associés à des symptômes chez 20 à 50 % des femmes affectées[19,20]. Le symptôme le plus courant des fibromes utérins est un saignement utérin anormal (SUA) (30 %). En cas de fibrome, la douleur pelvienne importante est rare; si elle est présente, elle signifie « une dégénérescence, une torsion ou possiblement une adénomyose et/ou une endométriose concomitante »[19].
    - Indépendamment de la présence de fibromes, les femmes présentant des SUA, âgées de > 40 ans, ou qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre (obésité, nulliparité, diabète, antécédents de syndrome des ovaires polykystiques ou de cancer colorectal sans polypose héréditaire) devraient subir une biopsie de l'endomètre [preuves de qualité faible à modérée][21].

25. Les facteurs de risque de fibromes comprennent : nulliparité, ménarche précoce, fréquence accrue des menstruations, antécédent de dysménorrhée, antécédents familiaux de fibromes utérins, origine africaine, obésité et âge (incidence maximale à l'âge de 40 à 50 ans). L'hypertension et le diabète peuvent augmenter le risque de fibromes[19].

26. À l'examen physique, « un utérus hypertrophié et mobile (correspondant à une grossesse de 12 semaines) avec contour irrégulier évoque la présence de fibromes »[19]. Chez les patientes asymptomatiques et celles qui optent pour un traitement non chirurgical ou l'absence de traitement, un examen pelvien annuel peut suffire à établir la stabilité de la taille et de la croissance des fibromes[22].

27. L'échographie (transabdominale, transvaginale) est l'examen d'imagerie le plus utilisé pour des raisons de disponibilité, de facilité d'utilisation et de coût[19].
**Remarque :** Les fibromes décelés pendant la grossesse pourraient nécessiter une surveillance additionnelle de la mère et du fœtus à cause des risques accrus de présentation vicieuse, d'accouchement avant terme et de césarienne[23].

28. D'après des études de cas récentes, le risque de dépistage d'un léiomyosarcome est d'environ 0,25 % chez les femmes qui subissent une intervention chirurgicale à cause de fibromes. Chez les femmes présentant des fibromes qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale, le risque est inconnu. Bien que les tumeurs malignes ne soient pas une préoccupation majeure, la croissance des fibromes ou l'apparition de nouveaux symptômes chez les femmes ménopausées devraient accroître les soupçons de tumeur maligne[19].

29. Les fibromes sous-séreux (siégeant près de l'extérieur de l'utérus) ne semblent pas affecter la fertilité. Les répercussions des fibromes intramuraux (qui se développent à l'intérieur de la paroi utérine) restent peu claires – s'ils affectent la fertilité, leur rôle semble mineur, et encore moins significatif lorsque l'endomètre n'est pas touché[24].

## Traitement

### *Prise en charge non aiguë*

30. En général, les fibromes asymptomatiques ne nécessitent pas de traitement. Les fibromes symptomatiques peuvent être traités médicalement (annexe 2) et/ou par voie chirurgicale. Le choix du traitement dépend de facteurs tels que la symptomatologie, la taille/le siège des fibromes, l'âge de la femme, le souhait de préserver la fertilité ou l'utérus et la disponibilité des traitements[19].

31. Chez les femmes en préménopause, de 3 à 7 % des fibromes non traités régressent dans les six mois à trois ans qui suivent. De plus, chez la plupart des femmes, les fibromes régressent et les symptômes s'atténuent à la ménopause. Selon la gravité des symptômes, les femmes en préménopause peuvent opter d'attendre la ménopause pour prendre une décision quant au traitement[19].

*Médicaments*

32. Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC), le dispositif intra-utérin à base de lévonorgestrel et les analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) tels que le leuprolide, le danazol et l'acide tranexamique servent à la prise en charge des saignements utérins anormaux dus à des fibromes. Seuls les analogues de la GnRH, le danazol et l'acétate d'ulipristal (voir ci-dessous), un agent plus récent, réduisent aussi le volume des fibromes (voir l'annexe 2 pour des renseignements spécifiques, y compris la posologie).

33. L'acétate d'ulipristal, un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone, est un ajout récent à l'arsenal thérapeutique contre les fibromes. Il bloque de manière réversible les récepteurs de la progestérone dans l'utérus, ce qui neutralise l'activité prolifératives de la progestérone dans le fibrome[25,26]. Deux études comparatives randomisées ont permis de comparer l'ulipristal à 5 mg avec l'ulipristal à 10 mg ou un placebo (tableau 2) et le leuprolide (tableau 3).

34. Une étude comparative randomisée subséquente (n = 451) a permis de confirmer l'innocuité à long terme de l'ulipristal. Quatre traitements de 12 semaines par des doses quotidiennes de 5 mg ou 10 mg ont eu une efficacité similaire, sans augmenter les taux d'effets indésirables[29].

35. Bien que les progestatifs par voie orale ou les dispositifs intra-utérins libérant un progestatif soient couramment utilisés pour la prise en charge des saignements menstruels abondants ou prolongés, les études n'ont pas fait état de diminution de la taille des fibromes ou des symptômes correspondants. L'administration de progestatifs par voie orale et injectable pourrait être bénéfique pour la prise en charge des saignements vaginaux aigus et abondants (voir Renseignements généraux, point 40)[30].

36. Les AINS sont couramment prescrits pour les saignements utérins anormaux, notamment en l'absence d'une pathologie organique. Cependant, les données probantes à l'appui de leur utilisation pour le traitement des saignements utérins liés aux fibromes ou de la dysménorrhée sont rares[31-33].

**TTableau 2. Ulipristal p/r au placebo (étude comparative randomisée de 13 semaines, n = 242)[27]**

| Résultats | Ulipristal à 5 mg | Ulipristal à 10 mg | Placebo |
|---|---|---|---|
| Maîtrise des saignements utérins<br>$p < 0{,}001$ pour chaque dose d'ulipristal p/r au placebo | 91 % | 92 % | 19 % |
| Taux d'aménorrhée*<br>$p < 0{,}001$ pour chaque dose d'ulipristal p/r au placebo | 73 % | 82 % | 6 % |
| Variations médianes du volume total du fibrome<br>$p = 0{,}002$ pour l'ulipristal (5 mg) p/r au placebo, $p = 0{,}006$ pour l'ulipristal (10 mg) p/r au placebo | -21 % | -12 % | +3 % |

*L'aménorrhée est apparue dans les 10 jours chez la plupart des patientes traitées par l'ulipristal.

**Tableau 3. Ulipristal p/r au leuprolide (étude comparative randomisée de 12 semaines, n = 307)[28]**

| Résultats | Ulipristal à 5 mg | Ulipristal à 10 mg | Leuprolide à 3,75 mg |
|---|---|---|---|
| Maîtrise des saignements utérins<br>$p = 0{,}03$ pour l'ulipristal (10 mg) p/r au leuprolide | 90 % | 98 % | 89 % |
| Délai médian avant l'aménorrhée<br>$p < 0{,}001$ pour l'ulipristal (10 mg) p/r au leuprolide | 7 jours | 5 jours | 21 jours |
| Bouffées vasomotrices modérées à graves<br>$p < 0{,}001$ pour chaque dose d'acétate d'ulipristal p/r à l'acétate de leuprolide | 11 % | 10 % | 40 % |

37. Un examen Cochrane de 2013 (21 études comparatives randomisées, n = 2 222) a permis de conclure que les données probantes actuelles (petites études de faible qualité) « ne permettent pas d'appuyer ou de réfuter l'utilisation des préparations à base d'herbes médicinales chinoises pour le traitement des fibromes utérins »[34]. D'après un examen Cochrane de 2012, aucune étude comparative randomisée de bonne qualité n'appuie l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement des fibromes utérins[35].

*Intervention chirurgicale*

38. Au Canada, les fibromes utérins restent la principale indication de l'hystérectomie, et sont la cause de 30 % des interventions effectuées[36]. L'embolisation de l'artère utérine (EAU) peut être un traitement de remplacement raisonnable.
    a) Une petite étude comparative randomisée (n = 177) a été menée auprès de femmes (âge moyen : 45 ans) qui ont reçu un diagnostic de fibromes utérins symptomatiques et subi une EAU ou une hystérectomie. Après 10 ans, on n'a noté aucune différence entre les groupes pour ce qui était de la qualité de vie liée à la santé et de la satisfaction des patientes. Chez 69 % des femmes qui avaient subi une EAU, une hystérectomie secondaire visant à traiter les symptômes persistants a pu être évitée[37].
    b) Un examen Cochrane de 2014 (7 études comparatives randomisées, n = 793) appuie cet avis, et n'a révélé aucune différence quant à la satisfaction des patientes entre celles qui ont subi une EAU, une hystérectomie ou une myomectomie; notons toutefois que dans le cas de l'EAU, « la sélection des patientes et leur *counselling* sont primordiaux en raison du risque beaucoup plus élevé d'une intervention chirurgicale subséquente » (entre 15 et 32 % dans les deux années qui suivent)[38].

39. La myomectomie est une option chirurgicale pour les patientes qui souhaitent préserver leur utérus ou augmenter leur fertilité. Toutefois, cette intervention comporte le risque d'une intervention subséquente – le taux de récurrence des fibromes étant de 15 %, et sachant que 10 % des femmes qui subissent une myomectomie nécessiteront une hystérectomie dans les 5 à 10 années suivantes. Les risques de récurrence comprennent l'âge, le nombre de fibromes, la taille de l'utérus et la parturition après une myomectomie[19].

***Prise en charge aiguë***

40. La progestérone seule peut être bénéfique dans la prise en charge aiguë des SUA chez les femmes atteintes de fibromes. Lors d'une petite étude pilote prospective menée auprès d'un seul groupe (n = 48) de femmes en préménopause, en consultation externe, présentant un SUA aigu, l'acétate de médroxyprogestérone dépôt à 150 mg par voie i.m. combiné à l'acétate de médroxyprogestérone par voie orale à 20 mg toutes les huit heures pendant trois jours a permis d'arrêter le saignement chez toutes les femmes en cinq jours. Treize de ces femmes présentaient des fibromes diagnostiqués à l'échographie. Le délai médian avant l'arrêt des saignements était de 2,6 jours. Les effets secondaires étaient rares et la satisfaction des patientes était élevée[39].

41. Voir l'annexe 2 pour connaître les options de prise en charge chez les femmes présentant un SUA lourd, mais dont l'état n'est pas suffisamment instable pour requérir l'administration de solutés et de médicaments par voie intraveineuse. Le traitement médical des SUA aigus graves associés aux fibromes pourrait inclure :
    - un soluté physiologique pour maintenir la stabilité hémodynamique;
    - l'œstrogène par voie i.v. (25 mg i.v., toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures);
    - l'acide tranexamique (1 g par voie i.v. en 10 minutes ou par voie orale 3 f.p.j. pendant 5-7 jours);
    - des CHC par voie orale 3 f.p.j. jusqu'à l'arrêt des saignements, puis une fois par jour jusqu'à la fin de la plaquette[19,40].

    **Remarque :** L'association de l'acide tranexamique et des CHC doit être évitée car il n'existe aucune preuve de son avantage, et à cause du risque accru d'accidents thromboemboliques.

42. Après l'arrêt du saignement aigu, on peut aussi utiliser l'ulipristal (5 mg, 10 mg) à titre de « traitement dégressif visant à maintenir l'aménorrhée, à rétablir le taux d'hémoglobine et à réduire la taille du fibrome »[25].

## ADÉNOMYOSE UTÉRINE

43. L'adénomyose et l'endométriose sont souvent concomitantes et considérées comme des variantes de la même maladie, car elles sont toutes deux caractérisées par la présence de glandes endométriales et de stroma à l'extérieur de leur foyer physiologique. Dans l'adénomyose, l'endomètre ectopique est localisé dans le myomètre et cause une hypertrophie utérine secondaire[41]. « Les foyers ectopiques de l'endomètre peuvent être diffus dans tout le myomètre ou focaux, et former un amas nodulaire circonscrit, soit un adénomyome. Souvent, il se trouve dans la paroi utérine postérieure, moins souvent dans la paroi antérieure de l'utérus, et rarement dans la corne utérine ou près de l'ouverture du col de l'utérus[42]. »

44. Les causes de l'adénomyose sont inconnues, mais plusieurs théories ont été proposées pour expliquer l'apparition de cette affection :
    a) Une exposition accrue à l'œstrogène – parité accrue, ménarche précoce, cycles menstruels courts, IMC élevé et prise de contraceptifs oraux sont les facteurs significativement plus fréquents chez les patientes atteintes d'adénomyose.
    b) Un antécédent de chirurgie utérine – il existe une forte association entre l'adénomyose et une césarienne (RC = 2,08)[42].

45. Environ 11 à 12 % des femmes atteintes d'adénomyose sont atteintes d'infertilité[42], mais le lien exact entre ces deux affections n'est pas tout à fait clair[43]. L'adénomyose pourrait compromettre la réussite d'une FIV.
    - Un examen systématique/une méta-analyse (quatre essais prospectifs, n = 665; cinq essais rétrospectifs, n = 1 200) a révélé un RR groupé de grossesse clinique de 0,72 (IC à 95 % : 0,55-0,95) et un risque groupé de fausse couche de 2,12 (IC à 95 % : 1,20-3,75) chez les femmes atteintes d'adénomyose par rapport aux témoins[44]. En raison de l'hétérogénéité importante entre les études, ces résultats doivent être interprétés avec prudence[43].

### Évaluation

46. Les symptômes de l'adénomyose apparaissent généralement chez les femmes âgées de 40 à 50 ans, qui peuvent présenter :
    - un saignement menstruel abondant/prolongé (40-60 %);
    - une dysménorrhée (15-30 %);
    - un saignement menstruel abondant/prolongé et une dysménorrhée grave (20 %);
    - un saignement menstruel irrégulier (20 %).

    La dyspareunie et la douleur pelvienne chronique sont des symptômes moins fréquents[41,42].

47. À l'examen, une hypertrophie et une douleur à l'utérus pourraient évoquer une adénomyose. Il est important d'évaluer la possibilité de la concomitance d'une endométriose et/ou de fibromes utérins. Un utérus fixé pourrait indiquer des adhérences dues à l'endométriose, ce qui est également évoqué par la palpation des annexes, une induration ou une rétraction des ligaments utérosacrés et des nodules dans la région rectovaginale[41].

48. Les deux modalités les plus courantes utilisées pour diagnostiquer l'adénomyose sont l'échographie transvaginale et l'IRM[43]. Toutefois, il n'existe aucun critère standard d'imagerie pour le diagnostic de l'adénomyose. Par conséquent, lorsque ce diagnostic peut être envisagé d'après les examens cliniques, la surveillance des symptômes permet d'optimiser les résultats du traitement médical[42].

### Traitement

49. Le choix du traitement dépend de l'âge de la patiente, du type de symptômes, de son désir de grossesse et des autres affections gynécologiques associées[41].
    a) L'hystérectomie est le traitement définitif chez les femmes présentant un saignement utérin anormal grave et/ou une douleur à l'utérus et qui ne souhaitent pas avoir d'enfants[41].
    b) La prise en charge médicale (annexe 2) est le

meilleur choix pour les femmes qui souhaitent préserver leur fertilité, mais qui ne souhaitent pas dans l'immédiat tomber enceintes[41].

c) Aucune étude ne porte sur l'utilisation des AINS pour le traitement de l'adénomyose[43].

d) D'après les lignes directrices du NICE, l'EAU est un traitement sûr pour le soulagement des symptômes à court et à moyen termes chez une proportion importante de patientes atteintes d'adénomyose [preuves de très faible qualité][45].

**LES ÉLÉMENTS CLÉS**

- Écartez les causes non infectieuses chez les femmes présentant un écoulement vaginal récurrent ou persistant.
- Chez les femmes présentant une CVV avec complications, effectuez une culture afin d'identifier les espèces différentes de *C. albicans*, et de prescrire un traitement d'induction et d'entretien.
- Chez les femmes qui présentent une VB avec complications, un traitement suppressif à plus long terme pourrait être nécessaire.
- Les fibromes et l'adénomyose peuvent se manifester par des symptômes similaires. Les options thérapeutiques dépendent de l'acuité, du type et de la gravité des symptômes, et du souhait des patientes d'avoir des enfants ou non ou de préserver leur utérus.

## COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

### Cas numéro 1 : Élyse, âgée de 26 ans, G0P0

***Comment prendriez-vous en charge Élyse?***

Vos étapes pourraient inclure :

- commander une culture de levures spécifique, si cela n'a pas déjà été fait (tableau 1);
- effectuer un examen de dépistage complet des ITS, y compris du VIH s'il n'a pas déjà été fait;
- test de dépistage du diabète (tableau 1).

### Deuxième partie

***Que feriez-vous à présent?***

Étant donné qu'Élyse a obtenu un résultat positif au test de dépistage de *C. albicans*, le fluconazole serait un choix approprié. On commencerait par un traitement d'induction (150 mg par voie orale une fois toutes les 72 heures, à raison de trois doses), suivi immédiatement d'un traitement d'entretien (150 mg par voie orale une fois par semaine pendant six mois) (Renseignements généraux, points 10, 11; annexe 1).

Si la culture de levures révèle une infection par *C. glabrata* ou d'autres espèces moins courantes, l'acide borique serait le traitement de première intention (Renseignements généraux, point 11; annexe 1).

Aucune donnée probante n'appuie le rôle des probiotiques dans la prévention ou le traitement des CVV récurrentes, mais ils pourraient jouer un rôle pour le traitement aigu (Renseignements généraux, point 12). Compte tenu de leur profil d'innocuité, ces agents peuvent être envisagés, mais leur coût peut être prohibitif. Aucune donnée probante n'appuie la substitution ou l'arrêt de la prise d'un CO chez Élyse (Renseignements généraux, point 14). Enfin, Élyse pourrait prendre certaines mesures liées au mode de vie pour l'aider à prévenir des infections chroniques – il pourrait être utile de la remettre le feuillet d'information destiné aux patientes (fin du module). Si Élyse était active sexuellement, vous pourriez évaluer les symptômes de son partenaire si ses réinfections étaient liées directement à son activité sexuelle (Renseignements généraux, point 13).

***Comment prendriez-vous en charge ce cas si le diagnostic était celui d'une vaginose bactérienne symptomatique récurrente?***

Vous pourriez opter pour le métronidazole par voie orale à 500 mg 2 f.p.j. pendant 10 à 14 jours ou pour un plus long traitement comprenant le métronidazole en gel à 0,75 %, à raison d'un applicateur (5 g) par voie intravaginale une fois par jour pendant 10 jours, suivi d'un traitement d'entretien par le métronidazole en gel deux fois par semaine pendant quatre à six mois (Renseignements généraux, point 18). Vous pourriez aussi proposer à Élyse d'essayer des probiotiques puisque certaines données prouvent leur efficacité dans le traitement de la vaginose bactérienne récurrente (Renseignements généraux, point 20). Si Élyse était active sexuellement, il serait inutile de traiter son partenaire, mais il pourrait lui être utile de toujours utiliser un préservatif (Renseignements généraux, points 21, 22).

***Comment prendriez-vous en charge ce cas si les tests de culture subséquents étaient négatifs quant aux infections?***

Il serait important d'écarter les causes non infectieuses de ses symptômes (Renseignements généraux, point 6). Vous pourriez aussi passer en revue avec elle son mode d'hygiène génitale et d'autres mesures liées au mode de vie (Renseignements généraux, point 3c, Feuillet d'information destiné aux patientes). Vous pourriez aussi vérifier si un diagnostic de trichomonase est passé inaperçu lors des tests de dépistage (tableau 1). Il pourrait être justifié de l'orienter chez un gynécologue.

## Cas numéro 2 : Rania, âgée de 44 ans, G2P2

***Quelle serait votre approche pour la prise en charge?***

Il serait important de corriger le faible taux d'hémoglobine de Rania avec un supplément de fer. Étant donné que l'échographie a indiqué de manière non définitive la présence de fibromes, plusieurs options thérapeutiques pourraient être offertes. Pour réduire le saignement, et en l'absence de contre-indications, vous pourriez proposer des traitements qui se sont également avérés efficaces en cas de SUA : le dispositif intra-utérin à base de lévonorgestrel, des CHC à faible dose, l'acide tranexamique (pendant les menstruations), les AINS (bien qu'ils n'aient pas été étudiés précisément pour les fibromes ou l'adénomyose) ou le danazol (Renseignements généraux, points 32-36; annexe 2). L'essai de l'ulipristal serait aussi raisonnable (annexe 2).

La présence de SUA chez une femme de 44 ans devrait inciter le médecin à commander une biopsie de l'endomètre à ce stade (Renseignements généraux, point 24). Selon les ressources disponibles dans la collectivité et les délais d'attente, vous pourriez aussi envisager de l'orienter chez un gynécologue.

## Deuxième partie

***Comment la prendriez-vous en charge au service d'urgence?***

Il conviendrait de maintenir la stabilité hémodynamique par une perfusion de soluté physiologique. S'ils n'ont pas déjà été effectués, vous pourriez envisager des examens de dépistage des anomalies liées aux saignements incluant une analyse du RIN et du temps de céphaline, ainsi qu'un test de typage et un dépistage. Une consultation téléphonique avec un gynécologue serait utile et vous pourriez envisager d'instaurer un traitement par l'œstrogène par voie i.v. (25 mg par voie i.v. toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures), l'acide tranexamique (1 g par voie i.v. en 10 minutes et/ou par voie orale et au moment du congé 3 f.p.j. pendant 5-7 jours) ou possiblement l'ulipristal (5 ou 10 mg par voie orale). Vous pourriez aussi choisir d'offrir son congé à la patiente en lui prescrivant des CHC. Cependant, il serait important d'éviter d'associer l'acide tranexamique à des CHC à plus long terme (Renseignements généraux, points 41, 42). Bien que les données probantes soient limitées, l'association de l'acétate de médroxyprogestérone dépôt à 150 mg par voie i.m. à l'acétate de médroxyprogestérone à 20 mg toutes les huit heures pendant trois jours pourrait être envisagée si la patiente présente une intolérance ou une contre-indication aux œstrogènes (Renseignements généraux, point 40).

***Que répondriez-vous à ses questions et à ses préoccupations?***

Selon les préférences de la patiente, vous pourriez l'orienter chez un gynécologue pour qu'elle discute avec lui de l'hystérectomie ou d'une embolisation de l'artère utérine (Renseignements généraux, point 38). En attendant, vous pourriez instaurer un traitement par le leuprolide ou l'ulipristal – les deux sont dotés d'une efficacité similaire pour ce qui est de la maîtrise des SUA et de l'aménorrhée, mais l'ulipristal est associé à un risque inférieur de bouffées vasomotrices (Renseignements généraux, point 34). Vous pourriez aussi lui proposer d'autres options thérapeutiques (décrites dans la première partie) et rassurer Rania en lui disant que son risque de cancer est faible (Renseignements généraux, point 28).

**LA PATIENTE RÉELLE**

La patiente a reçu de l'ulipristal malgré l'absence de preuve définitive de la présence de fibromes à l'échographie. Elle a été vue lors du suivi deux mois plus tard; elle n'avait plus de saignements. Son taux d'hémoglobine était de 107 et son taux de ferritine de 4. Le mois suivant, son taux d'hémoglobine était de 130 et son taux de ferritine de 12. Elle prend actuellement l'ulipristal pendant trois mois et l'arrête pendant deux mois en alternance.

*Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique :* **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

***Auteure :*** **Sonya Lee, M.D., CCMF, M. Sc.S., FCMF**
*Médecin de famille*
Calgary, Alberta

***Réviseures :*** **Shelia Dunn, M.D., M. Sc., CCMF (médecine d'urgence), FCMF**
*Médecin de famille, santé féminine*
Toronto, Ontario

**Jill Blaser Farrukh, M. Sc., M.D., CCMF**
*Médecin de famille*
Saskatoon, Saskatchewan

***Rédactrice médicale en chef :***
**Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF**
*Médecin de famille*
Hamilton, Ontario

***Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :***
**Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation**
Orangeville, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Angela Chan (Toronto, Ontario), Valerie Ehasoo (Victoria, Colombie-Britannique), Sylvia Vantomme (Regina, Saskatchewan) et Melissa Vyvey (Ottawa, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Brenda Holyk (Winnipeg, Manitoba), Michelle Klassen (Calgary, Alberta) et Laura Phillips (Victoria, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

**Divulgation des conflits d'intérêts :**

Sonya Lee, Shelia Dunn, Jill Farrukh, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

*Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.*

*Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.*

*Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2017.*

**Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes à : https://members.fmpe.org/**

*Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :*

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

**© La Fondation pour l'éducation médicale continue**

## NIVEAUX DE PREUVES

| Niveau de preuves | Type de preuves incluses |
|---|---|
| **Élevé** | • Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint.<br>• Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues.<br>Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études. |
| **Modéré** | • Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de casté-moins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large.<br>• Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique.<br>• Études comparatives bien conçues et cohérentes mais non randomisées.<br>• Études d'envergure de cohortes.<br>Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études. |
| **Faible** | • Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais.<br>• Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études.<br>Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes. |
| **Très faible** | • Opinions d'experts<br>• Rapports de cas individuel ou de séries de cas |

**Sources :**

**1)** Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/assets/sign104_ev_levels.pdf

**2)** U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

**3)** Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. ,Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64(4):401-406.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. Powell AM, Nyirjesy P. Recurrent vulvovaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28:967-76. PM: 25220102
2. Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. 2013. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-eng.php.
3. Allsworth JE, Peipert JF. Prevalence of bacterial vaginosis: 2001-2004 National Health and Nutrition Examination Survey data. *Obstet Gynecol*. 2007;109:114-20. PM: 17197596
4. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, Mathew L, Culhane JF. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1185-91. PM: 17077241
5. Nyirjesy P. Management of persistent vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2014;124:1135-46. PM: 25415165
6. Centres for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2016. https://www.cdc.gov/std/tg2015/.
7. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214:15-21. PM: 26164695
8. van Schalkwyk J, Yudin MH, Infectious Disease C, et al. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37:266-76. PM: 26001874
9. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983;74:14-22. PM: 6600371
10. Ramsay SA, N.; Shankland, G.; Winter, A. Practical management of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health*. November/December 2009. PM:
11. Vermitsky JP, Self MJ, Chadwick SG, et al. Survey of vaginal-flora Candida species isolates from women of different age groups by use of species-specific PCR detection. *J Clin Microbiol*. 2008;46:1501-3. PM: 2292962
12. Ferris DG, Nyirjesy P, Sobel JD, Soper D, Pavletic A, Litaker MS. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol*. 2002;99:419-25. PM: 11864668
13. Martinez RC, Franceschini SA, Patta MC, et al. Improved treatment of vulvovaginal candidiasis with fluconazole plus probiotic Lactobacillus rhamnosus GR-1 and Lactobacillus reuteri RC-14. *Lett Appl Microbiol*. 2009;48:269-74. PM: 19187507
14. Miller M. Recurrent vulvovaginitis: Tips for treating a common condition. *Contemporary OB/GYN*. 2014. http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/news/recurrent-vulvovaginitis-tips-treating-common-condition?page=full&trendmd-shared=0.
15. Reichman O, Akins R, Sobel JD. Boric acid addition to suppressive antimicrobial therapy for recurrent bacterial vaginosis. *Sex Transm Dis*. 2009;36:732-4. PM: 19704395
16. Ya W, Reifer C, Miller LE. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent bacterial vaginosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:120 e1-6. PM: 20659602

17. Heczko PB, Tomusiak A, Adamski P, et al. Supplementation of standard antibiotic therapy with oral probiotics for bacterial vaginosis and aerobic vaginitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BMC Womens Health.* 2015;15:115. PM: 4669640

18. Schwebke JR, Desmond RA. A randomized trial of the duration of therapy with metronidazole plus or minus azithromycin for treatment of symptomatic bacterial vaginosis. *Clin Infect Dis.* 2007;44:213-9. PM: 17173219

19. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, et al. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:157-81. PM: 25767949

20. Ghant MS, Sengoba KS, Vogelzang R, Lawson AK, Marsh EE. An Altered Perception of Normal: Understanding Causes for Treatment Delay in Women with Symptomatic Uterine Fibroids. *J Womens Health (Larchmt).* 2016. PM: 27195902

21. Singh S, Best C, Dunn S, et al. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35:473-9. PM: 23756279

22. BMJ Best Practice. Uterine Fibroids. 2015. http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/567/follow-up/recommendations.html.

23. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:357-66. PM: 18395031

24. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R, et al. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:277-88. PM: 26001875

25. Arendas K, Leyland NA. Use of Ulipristal Acetate for the Management of Fibroid-Related Acute Abnormal Uterine Bleeding. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:80-3. PM: 26872761

26. Spitz IM. Clinical utility of progesterone receptor modulators and their effect on the endometrium. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2009;21:318-24. PM: 19602929

27. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med.* 2012;366:409-20. PM: 22296075

28. Donnez J, Tomaszewski J, Vazquez F, et al. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2012;366:421-32. PM: 22296076

29. Donnez J, Donnez O, Matule D, et al. Long-term medical management of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertil Steril.* 2016;105:165-73 e4. PM: 26477496

30. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013:CD008994. PM: 23450594

31. Singh SS, Belland L. Contemporary management of uterine fibroids: focus on emerging medical treatments. *Curr Med Res Opin.* 2015;31:1-12. PM: 25365466

32. Moroni R, Vieira C, Ferriani R, Candido-Dos-Reis F, Brito L. Pharmacological treatment of uterine fibroids. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4:S185-92. PM: 4212375

33. American College of O, Gynecologists. ACOG practice bulletin. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *Obstet Gynecol.* 2008;112:387-400. PM: 18669742

34. Liu JP, Yang H, Xia Y, Cardini F. Herbal preparations for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013:CD005292. PM: 23633329

35. Zhang Y, Peng W, Clarke J, Liu Z. Acupuncture for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD007221. PM: 20091625

36. Laberge PY, Vilos GA, Vilos AG, Janiszewski PM. Burden of symptomatic uterine fibroids in Canadian women: a cohort study. *Curr Med Res Opin.* 2016;32:165-75. PM: 26455364

37. de Bruijn AM, Ankum WM, Reekers JA, et al. Uterine artery embolization vs. hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 10-year outcomes from the randomized EMMY trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016. PM: 27393268

38. Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014:CD005073. PM: 25541260

39. Ammerman SR, Nelson AL. A new progestogen-only medical therapy for outpatient management of acute, abnormal uterine bleeding: a pilot study. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:499 e1-5. PM: 23395929

40. Towriss K. Abnormal Uterine Bleeding. *RxFiles*. 2015. www.RxFiles.ca.

41. Alabiso G, Alio L, Arena S, et al. Adenomyosis: What the Patient Needs. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23:476-88. PM: 26772777

42. Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23:164-85. PM: 26427702

43. Streuli I, Dubuisson J, Santulli P, de Ziegler D, Batteux F, Chapron C. An update on the pharmacological management of adenomyosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15:2347-60. PM: 25196637

44. Vercellini P, Consonni D, Dridi D, Bracco B, Frattaruolo MP, Somigliana E. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2014;29:964-77. PM: 24622619

45. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Uterine artery embolisation for treating adenomyosis IPG473*2013.

## ANNEXE 1. Traitement de la candidose vulvovaginale avec complications (CVV)

### CVV À *ALBICANS*

| **Traitement d'induction** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Agent** | **Dose/durée** | **Commentaires** | **NP** | **Coût** |
| Fluconazole | 150 mg par voie orale une fois toutes les 72 heures à raison de trois doses | Efficacité : 92 %<br>À éviter pendant la grossesse | Modéré à élevé | 15 $ – 21 $ par dose |
| Azole topique* | Clotrimazole (Canesten[MD]), 1 Combi-Pak en ovule gynécologique à 500 mg/crème à 1 % ou crème à 10 % x 1 jour<br>Miconazole (Monistat[MD]), 3 Duopak en ovule gynécologique à 400 mg/crème à 2 %, ou ovule gynécologique à 400 mg ou crème gynécologique à 4 % x 3 jours<br><br>Terconazole (Terazol[MD]), 3 en ovule à 80 mg ou en Duopak à 80 mg/crème à 0,8 % ou crème gynécologique à 0,8 % x 3 jours | Seul traitement recommandé pendant la grossesse<br>Remarque : Les crèmes et les ovules gynécologiques cités pour ces schémas thérapeutiques sont à base d'huile, ce qui pourrait affaiblir l'efficacité des préservatifs et des diaphragmes en latex. | Faible | 15 $ – 26 $ par traitement<br><br>25 $ – 45 $ par traitement |
| Acide borique | Capsule de gélatine à 300-600 mg par voie intravaginale une fois par jour pendant 14 jours | Efficacité : ~80 %<br>Moins d'irritation de la muqueuse avec la dose de 300 mg | Faible | 25 $ – 30 $ |
| **Traitement d'entretien**<br>**Le commencer dès la fin du traitement d'induction et le poursuivre pendant six mois. En cas de récurrence, reprendre le traitement d'induction et le traitement d'entretien.** | | | | |
| Fluconazole | 150 mg par voie orale une fois par semaine | Récurrence : 10 % des patientes pendant le traitement | Modéré à élevé | 15 $ – 21 $ par dose |
| Kétoconazole | 100 mg par voie orale une fois par jour | Récurrence : 5 % des patientes pendant le traitement<br>Pour l'utilisation à long terme, surveillez les signes d'hépatotoxicité (rare, fréquence : 1/12 000). | Modéré à élevé | 100 $ |
| Itraconazole | 200 mg à 400 mg par voie orale une fois par mois | Récurrence : 36 % des patientes pendant le traitement | Modéré à élevé | 75 $ – 140 $ |
| Clotrimazole | Insert à 500 mg par voie intravaginale une fois par mois | | Modéré à élevé | 120 $ – 150 $ |
| Acide borique | Insert à 300 mg par voie intravaginale pendant cinq jours, chaque mois à partir du premier jour du cycle menstruel | Récurrence : 30 % des patientes pendant le traitement | Faible | 25 $ – 30 $ |

*Les azoles topiques énumérés sont uniquement des exemples

### CVV CAUSÉES PAR DES ESPÈCES NON *ALBICANS*

| **Agent** | **Dose/durée** | **NP** | **Coût** |
|---|---|---|---|
| Acide borique | Capsule à 600 mg par voie intravaginale une fois par jour pendant 7-14 jours | Opinions d'experts | 25 $ – 30 $ |
| **Suivi de :** | | | |
| Acide borique **ou** ovules gynécologiques de nystatine | Capsule à 600 mg par voie intravaginale un jour sur deux pendant plusieurs semaines<br>100 000 unités par voie intravaginale une fois par jour pendant 3-6 mois | | 45 $ – 50 $<br><br>40 $ – 80 $ pour la crème vaginale de nystatine (75 g – 150 g) |

NP : Niveau de preuves

**Remarques :**

- **Le fluconazole et l'acide borique sont contre-indiqués pendant la grossesse.**
- Les femmes porteuses du VIH présentent plus de récurrences et des CVV plus graves. Un traitement plus énergique et de plus longue durée pourrait être nécessaire.
- Il n'existe aucune donnée sur l'innocuité de l'utilisation à long terme de l'acide borique.

**Sources:** **1)** Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. 2013. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-eng.php; **2**) van Schalkwyk J, Yudin MH, Infectious Disease C, et al. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *JOGC.* 2015;37(3):266-276. **3)** Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Ob Gyn.* Jan 2016;214(1):15-21.

**© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org**

**ANNEXE 2. Prise en charge médicale des saignements associés aux fibromes utérins et à l'adénomyose**

| Agent | Dose | Efficacité | | Commentaires | Coût/ an |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Fibromes | Adénomyose | | |
| DIU-LNG Mirena[MD] | Libère 20 mcg par jour pendant cinq ans | ↓ significative des saignements menstruels et du volume utérin<br>Aucune preuve pour la ↓ du volume des fibromes<br>[1 étude ouverte et randomisée, n = 37; 8 études prospectives non randomisées, n = 281; 1 étude de cohorte, n = 34] | Score moyen d'un PBAC (saignement) ↓:<br>3 mois : 77 %<br>6 mois : 80 % – 95 % (intervalle)<br>12 mois : 80 % – 95 % (intervalle)<br>24 mois : 95 %<br>36 mois : 89 %<br>↓ significative du volume de l'utérus<br>[2 essais prospectifs non randomisés, n = 72] | EI (les plus courants) : saignement irrégulier/ saignotement (en particulier pendant les 3-6 premiers mois); crampes, expulsion, sensibilité des seins à la palpation, changements d'humeur, acné<br>CI : pathologie endocavitaire importante, cancer du sein, MIP récurrente/récente<br>La prudence est de rigueur chez les patientes gravement immunodéprimées ou présentant un risque élevé d'ITS. | $ |
| CHC<br><br>(mono-phasiques et non triphasiques) | Pour les saignements aigus : un comprimé 3 f.p.j. jusqu'à l'arrêt des saignements, puis diminution graduelle à une fois par jour<br><br>Saignements non aigus : en continu ou comprimé quotidien pendant 21 jours/ mois | Peut ↓ les saignements menstruels à court terme et peut prévenir l'apparition de fibromes utérins | Traitement souvent utilisé, mais impossible de trouver une étude comparative randomisée à l'appui de leur utilisation | EI (les plus courants) : sensibilité des seins à la palpation, changement d'humeur, rétention de liquide, ménorragie, nausées, céphalées<br>CI : antécédent d'AVC ou de TEV, hypertension non maîtrisée, migraine avec symptômes neurologiques, coronaropathie, maladie hépatique active, antécédent de cancer du sein, fumeuse de > 35 ans et ≥ 15 cigarettes/jour | $$ |
| Acide tranexamique Lysteda[MD] Cyklokapron[MD] | 1 g par voie orale 4 f.p.j. pendant les menstruations | ↓ plus significative sur le plan statistique ($p$ < 0,001) des pertes sanguines menstruelles par rapport au placebo chez les femmes présentant des fibromes que chez celles qui n'en ont pas [analyse groupée d'études comparatives randomisées] | Aucune étude | EI : nausées, vomissements, diarrhée, crampes aux jambes<br>CI : antécédent de TEV<br>Il s'agit du meilleur choix si l'hormonothérapie est contre-indiquée ou si une grossesse est souhaitée dans l'immédiat.<br>Ne pas combiner aux CHC à cause du risque thromboembolique. | $$ |



© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
Août 2017

**ANNEXE 2. Prise en charge médicale des saignements associés aux fibromes utérins et à l'adénomyose (suite)**

| Agent | Dose | Efficacité | | Commentaires | Coût/ an |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Fibromes | Adénomyose | | |
| Acétate d'ulipristal Fibristal[MD] | 5 mg par jour par voie orale<br>Commencer pendant les sept premiers jours des menstruations<br>Approuvé pour le traitement intermittent à long terme des symptômes modérés à graves des fibromes.<br>Chaque traitement dure trois mois; il est suivi d'un intervalle sans traitement de deux cycles menstruels | Le saignement utérin est maîtrisé à 13 semaines dans 91 % des cas (5 mg), 92 % des cas (10 mg) et 19 % des cas sous placebo ($p < 0,001$)<br><br>↓ du volume du fibrome : 21 % (5 mg), 12 % (10 mg); de 3 % (placebo)<br>[Étude comparative randomisée, n = 242] | Aucune étude sur l'ulipristal pour le traitement de l'adénomyose | EI : bouffées vasomotrices, céphalées, dyslipidémie, douleur mammaire<br>CI : grossesse, allaitement, cancer du sein, de l'utérus ou du col de l'utérus<br>L'innocuité n'est pas établie en cas d'insuffisance rénale (surveillance étroite).<br>Ne doit pas être administré avec des CO et des pilules à base de progestatif seulement. | $$$ |
| Analogues de la GnRH : Leuprolide (Lupron[MD]) Goséréline (Zoladex[MD]) | 3,75 mg par voie i.m. par mois<br>3,6 mg par voie s.c. par mois | ↓ du volume du fibrome et de l'utérus de 30-50 %<br><br>Taux d'aménorrhée pouvant atteindre 90 %<br>[2 études comparatives randomisées, n = 105] | Soulage la dysménorrhée | EI : changements d'humeur, douleur osseuse, ↓ DMO, bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale<br>CI : allergie, grossesse soupçonnée<br>Ajouter une faible dose d'œstrogène et de progestérone si le traitement dure > 6 mois.<br>Utile en préopératoire pour faire régresser les fibromes. | $$$$ |
| Danazol Cyclomen[MD] | 100-400 mg par jour par voie orale<br>Utilisation généralement à court terme :<br>≤ 6 mois | ↓ du volume du fibrome :<br>23,6 % – 400 mg/jour pendant 4 mois ($p < 0,01$); 37,6 % – 100 mg/jour pendant 4 mois ($p < 0,05$)<br>[2 petites études de cohorte, aucune étude comparative randomisée] | Peu de données disponibles<br>Ne doit pas être utilisé systématiquement à cause des effets secondaires androgéniques significatifs | EI (plus que les autres options) : gain pondéral, acné, crampes musculaires, trouble GI, irritabilité, effets androgéniques (p. ex. pilosité accrue) | $$$ |

CHC : contraceptifs hormonaux combinés; CI : contre-indications; DIU-LNG : dispositif intra-utérin à base de lévonorgestrel; DMO : densité minérale osseuse; EI : effets indésirables; GnRH : hormone de libération des gonadotrophines; ITS : infection transmissible sexuellement; PBAC : tableau pictographique permettant d'évaluer un saignement; TEV : thromboembolie veineuse

**Légende des coûts :** $ : 70-200; $$ : 200-500; $$$ : 500-2 000; $$$$ : 2 000-5 000

**Sources : 1)** Towriss K. Abnormal Uterine Bleeding. *RxFiles.* 2015. http://www.RxFiles.ca.; **2)** Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, et al. The management of uterine leiomyomas. *JOGC.* Feb 2015;37(2):157-181.; **3)** Singh SS, Belland L. Contemporary management of uterine fibroids: focus on emerging medical treatments. *Current medical research and opinion.* Jan 2015;31(1):1-12. Bartels CB, Cayton KC, Chuong FS, et al. An Evidence-based Approach to the Medical Management of Fibroids: A Systematic Review. *Clinical obstetrics and gynecology.* Mar 2016;59(1):30-52.; **4)** Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *Journal of minimally invasive gynecology.* Feb 1 2016;23(2):164-185.; **5)** Bitzer J, Heikinheimo O, Nelson AL, Calaf-Alsina J, Fraser IS. Medical management of heavy menstrual bleeding: a comprehensive review of the literature. *Obstetrical & gynecological survey.* Feb 2015;70(2):115-130.

**© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org**

# VAGINITE CHRONIQUE – CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

La vaginite est une affection caractérisée par un déséquilibre de la flore bactérienne normale ou par une infection (comme une infection à levures) vaginale. Elle peut causer des symptômes comme un écoulement, des démangeaisons, une odeur et des douleurs durant les rapports sexuels. La vaginite est très courante et la plupart des femmes en présentent au moins une, sinon plus, pendant leur vie. Il est important de consulter un médecin si vous constatez ces symptômes afin qu'il puisse dépister la cause de la vaginite et vous prescrire le traitement approprié.

Vous pouvez prendre de nombreuses mesures pour **vous** aider à prévenir la vaginite.

## À faire

- Aux toilettes, nettoyez-vous de l'avant vers l'arrière (afin d'éviter la propagation des matières fécales vers le vagin) et utilisez du papier hygiénique non blanchi.
- Pour vous laver les parties génitales, utilisez de l'eau tiède (pas chaude). Il est préférable pour cela d'utiliser vos mains plutôt qu'un linge. Rincez-vous toujours bien et séchez-vous en tapotant.
- Prenez des antibiotiques uniquement lorsque vous en avez besoin. Ces médicaments peuvent détruire les « bonnes » bactéries du vagin et provoquer un déséquilibre de la flore normale.
- Portez des sous-vêtements en coton et des bas munis d'une doublure en coton.
- Pendant vos menstruations, changez vos tampons au moins trois fois par jour, ou substituez des serviettes hygiéniques aux tampons. Les tampons ne doivent pas être laissés dans le vagin pendant plus de huit heures. Assurez-vous de retirer le dernier tampon que vous utilisez.
- Utilisez des préservatifs durant les rapports sexuels et limitez le nombre de vos partenaires sexuels.

## À éviter

- Les bains chauds, les cuves thermales et les bains-tourbillon.
- Les savons parfumés ou forts (comme les savons déodorants ou antibactériens) et les bains moussants.
- Les tampons et les serviettes parfumés, et l'utilisation quotidienne de protège-dessous.
- Les vaporisateurs et poudres pour « hygiène féminine ».
- Douches vaginales : en plus de vous laver normalement, vous n'avez pas besoin de vous laver le vagin. Les douches vaginales peuvent causer un déséquilibre de la flore naturelle du vagin et augmenter en fait vos risques d'infection. N'oubliez pas que les douches vaginales ne permettent pas d'enrayer une infection vaginale.
- Les vêtements serrés (p. ex. les strings) et les sous-vêtements en matière synthétique.
- Le port de sous-vêtements de nuit et de bas par temps chaud.

**Sources :**
**1)** Vaginitis. HealthLink BC. 2015. https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/zx1776
**2)** Vaginitis. MyHealthAlberta. 2016. https://myhealth.alberta.ca/health/pages/conditions.aspx?Hwid=zx1776

**© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org**
Août 2017