

Les leucorrhées ou " pertes blanches " sont l'expression même d'une bonne imprégnation hormonale. Mais, souvent, elles sont la manifestation révélatrice d'une infection cervico-vaginale.

PHYSIOPATHOLOGIE :

Sécrétions physiologiques :

Elles sont d'origine cervico-vaginale, il peut s'agir de glaire cervicale ou de desquamation vaginale.

* La glaire cervicale :

- sécrétée par l'épithélium cylindrique du col sous l'action oestrogénique.
- abondante entre le 8e et le 13e jour pour un cycle de 28 jours.
- limpide et acellulaire.

* La desquamation vaginale :

- sécrétion laiteuse, opalescente, parfois abondante et gênante.
- composée de cellules superficielles vaginales sans polynucléaires.

Ces deux types de sécrétions constituent la **leucorrhée physiologique** qui :

- ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel.
- ne sent pas mauvais.
- ne contient pas de polynucléaires.
- ne justifie aucune thérapeutique.

Moyens de défense du bas appareil génital :

* L'acidité vaginale : les sécrétions vaginales sont riches en bactéries : 10^{exp6} à $10^{exp9}/g$, avec 50 à 75% de bacilles de Döderlein et 25 à 50% de saprophytes d'origine cutanée ou digestive.

* La glaire cervicale : riche en immunoglobulines et en enzymes, elle possède des propriétés antibactériennes.

* La disposition anatomique du vagin

La rupture de ces moyens de défense aboutit à :

- un déséquilibre de la flore normale au profit des germes pathogènes.
- une augmentation secondaire de pH.
- l'installation de l'infection génitale basse : vaginite, vulvo-vaginite, cervicite, voire atteinte du haut appareil par voie ascendante.

Causes favorisantes :

Le climat hormonal :

- * Grossesse
- * Contraception oestroprogestative

* Traitements hormonaux (progestatifs en particulier).

* Carences hormonales

Menstruation

Habitudes de la femme

Terrain

Causes iatrogènes

Causes déclenchantes :

* Contaminations vénériennes, responsables d'infections à germes spécifiques.

* Contamination infectieuse d'autre origine : peau, gorge, dents, et surtout urinaire et digestive.

Germes pathogènes :

→ Agents responsables de lésions spécifiques

Généralement transmis par le contact sexuel, ce sont :

- le gonocoque, principal agent des maladies sexuellement transmissibles.
- le Trichomonas.
- les levures.
- l'HSV2, responsable d'une vulvo-vaginite vésiculeuse.
- le Chlamydia trachomatis.

→ Agents ne déterminant pas de lésions spécifiques

Habituellement présents à l'état normal au niveau cervico-vaginal, il s'agit de :

* germes pathogènes opportunistes :

- à Gram positif : staphylocoque, streptocoque, entérocoque.
- à Gram négatif : colibacilles, Proteus.
- à germes anaérobies dont Bactéroïdes et Mobiluncus.

* Gardnerella vaginalis.

* Mycoplasma et Ureaplasma.

→ Associations d'agents pathogènes

Les plus fréquentes sont :

- gonocoque + Chlamydia.
- gonocoque + Candida albicans.
- gonocoque + tréponème.
- levure + Trichomonas.

Examen clinique :

INTERROGATOIRE :

Il précise les points suivants :

- * date du début des troubles
- * caractères de l'écoulement
- * existence d'une cause favorisante
- * existence d'une cause déclenchante
- * signes fonctionnels associés :
 - prurit vulvaire.
 - brûlures vaginales.
 - dyspareunie.
 - algies pelviennes.
 - signes urinaires et digestifs.
- * traitement déjà pris.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ET GENERAL :

- * Inspection de la région vulvo-périnéale, peau et muqueuse
- * L'examen du vagin entre les valves du spéculum sans savon précise les caractères de l'écoulement et l'état de la muqueuse.
- * L'examen du col
- * Le toucher vaginal, souvent douloureux, apprécie l'utérus, les annexes, les paramètres.
- * L'examen du partenaire est souhaitable s'il est présent.
- * Palpation des aires ganglionnaires, prise de la température, recherche de lésions de la peau et des phanères, palpation de l'abdomen et particulièrement de l'hypocondre droit (recherche d'une périhépatite). Enfin, recherche d'une mycose, digestive ou buccale, associée.

EXAMEN EXTEMPORANE DES SECRETIONS VAGINALES :

Deux frottis :

On effectue deux frottis dans le cul-de-sac postérieur du vagin :

- * un avec une goutte de sérum physiologique ; il permet :
 - d'apprécier les cellules vaginales.
 - de rechercher des polynucléaires et des Trichomonas.
- * l'autre avec une goutte de potasse à 5% :
 - il permet de rechercher des filaments mycéliens et/ou des spores.

- la potasse dissout les cellules vaginales.

* le test à la potasse ou " sniff test " :

- on mélange sur une lame les sécrétions vaginales à une goutte de potasse à 10%.

- le dégagement d'une odeur de poisson pourri témoigne d'une vaginite non spécifique.

Examen bactériologique :

Par contre, l'examen bactériologique au laboratoire est indispensable s'il y a :

- frottis sale avec des polynucléaires altérés sans Trichomonas ni levures.

- suspicion de gonococcie.

- infections récidivantes.

- signes cliniques d'infection du haut appareil.

Étiologies des leucorrhées pathologiques :

VULVO-VAGINITES :

Vulvo-vaginite à Trichomonas vaginalis :

Transmission vénérienne dans la plupart des cas.

Diagnostic :

* A l'examen :

- dyspareunie, prurit, spotting.

- écoulement fluide, abondant, verdâtre, nauséabond (plâtre frais), spumeux

- la muqueuse vaginale est rouge, parfois granuleuse (vaginite granulomateuse).

- le col est framboisé, prenant mal le lugol, réalisant une colpite punctiforme à gros grains visibles à l'œil nu.

* Le diagnostic :

- est suspecté devant un pH vaginal à 6-7,5 et un frottis sale.

- repose sur la mise en évidence de protozoaires flagellés à l'examen extemporané.

Traitement :

Il associe :

* un traitement local :

- toilette vaginale avec un savon acide

- ovules : Flagyl* (1 à 2/j pendant 10 jours)

* et un traitement per os (contre-indiqué chez la femme enceinte) :

- traitement de 10 jours : Flagyl* (2cp/j pendant 10 jours).

- traitement court : Fasigyne* 500 (4g en une prise).
- traitement du partenaire (local) : de préférence court, car mieux accepté.
- arrêt des rapports pendant une semaine.

Vulvo-vaginite mycosique :

Elle est due le plus souvent à *Candida albicans*.

Mode de contamination :

- développement in situ des levures.
- contamination par contiguïté, le foyer initial étant le plus souvent digestif.
- contamination vénérienne.

Elle représente 20% des vulvo-vaginites.

Diagnostic :

* A l'examen :

- brûlures vulvo-vaginales, sensation de cuisson, prurit parfois intense, dyspareunie, brûlures mictionnelles.
- leucorrhées épaisses, blanchâtres, caillebotées.
- la vulve est rouge vif.
- la muqueuse vaginale est rouge vif, recouverte de dépôts blanchâtres.

* Si la clinique n'est pas suffisamment typique le diagnostic repose sur :

- un pH vaginal acide et un frottis " propre ".
- l'examen extemporané montrant des filaments mycéliens et/ou des spores.
- culture à 37°C sur milieu de Sabouraud, si l'examen extemporané est négatif.

Traitement :

* Le traitement local suffit le plus souvent :

- alcaliniser le vagin (Hydralin* en sachet, eau + bicarbonate de soude).
- antifongiques vaginaux.
- mêmes molécules en lait ou pommade antifongique vulvo-périnéale pendant 10 j (2 applications par jour).

* Traitement du partenaire (toilette avec savon alcalin), lotion antifongique dans le sillon balano-préputial.

* En cas de récurrence et de foyer digestif, traitement par voie générale :

- pendant 10 à 20 jours : Fungizone*.

Vulvo-vaginites à germes pathogènes opportunistes, "pyogènes" ou banals :

Contamination rarement sexuelle, le plus souvent iatrogène.

* Il s'agit souvent de germes saprophytes qui deviennent pathogènes à l'occasion de circonstances favorisantes :

- la leucorrhée ressemble à la leucorrhée gonococcique.
- les signes inflammatoires sont constants.
- le diagnostic repose sur les prélèvements bactériologiques.

* Le traitement est celui des causes favorisantes et des germes isolés

* Leur dépistage est essentiel pendant la grossesse : risques de menace d'accouchement prématuré, de complications infectieuses néonatales et du post-partum.

Vulvo-vaginite à HSV2 et HSV1 :

L'herpès génital de primo-infection, parfois aiguë, réalise des lésions ulcéro-vésiculeuses avec parfois leucorrhées.

* Le diagnostic repose sur :

- l'isolement du virus sur milieu de culture cellulaire.
- l'immunofluorescence directe sur un frottis des lésions.
- sérodiagnostic avec séroconversion ou IgM positives en cas de primo-infection.

* Traitement :

- local : éosine aqueuse, fluorescéine, pommade antivirale
- per os : aciclovir, en dehors de la grossesse (5cp/j) pendant 5 jours.
- traitement du partenaire par les antiviraux locaux et per os, ainsi que rapports protégés avant la guérison des deux (préservatifs).

Vaginoses bactériennes :

(Vaginites à *Gardnerella vaginalis* et à anaérobies.)

Leucorrhée filante, glaireuse, transparente

Absence de signes inflammatoires.

* Le diagnostic repose sur l'odeur caractéristique, le " sniff test " positif, la présence de " clue cells " à l'examen à l'état frais ou sur un frottis (nombreuses cellules vaginales superficielles en amas, recouvertes d'une multitude de bactéries).

* Traitement :

- Flagyl*, 4cp/j pendant 7 jours + Flagyl* ovules, 1 ovule par jour pendant 7 jours.
- ou Fasygine* 500, 4 comprimés en une prise.

Vaginite à mycoplasme :

Pas de caractère spécifique.

* Le diagnostic se fait au laboratoire mais cet agent n'est considéré comme responsable de la vaginite que s'il existe une réelle infection clinique, associée à une quantité abondante de mycoplasmes, et en l'absence d'autres agents étiologiques.

* Traitement :

- tétracycline (vibramycine N* 100mg), 2cp/j pendant 15 jours.
- ou Rovamycine*, 4cp/j pendant 15 jours.

CERVICITES :

Cervicites aiguës :

* Facteurs favorisants :

- post-partum.
- post-abortum.
- traumatisme du col.

* Clinique :

- leucorrhée glaireuse, purulente.
- col congestif, œdématisé.
- muqueuse endocervicale éversée, bien visible, rouge, recouverte d'un enduit purulent.
- une vulvo-vaginite est souvent associée.
- au toucher vaginal, l'utérus est parfois douloureux, témoignant d'une extension lymphatique infectieuse vers les paramètres et faisant craindre l'association d'une endométrite.

* Le diagnostic repose sur les prélèvements bactériologiques de l'endocol qui retrouvent le plus souvent un germe pyogène banal.

* Traitement .

- traitement anti-infectieux local.
- traitement par voie générale selon les données de l'antibiogramme.

Cervicites à gonocoques :

* Mode de contamination :

- essentiellement vénérien.
- plus rarement auto-inoculation à partir d'un foyer.
- exceptionnellement inoculation indirecte : objets souillés.
- maladie à déclaration obligatoire.

Sur le plan clinique, le gonocoque réalise une atteinte uro-génitale :

* signes urinaires :

- souvent discrets.
- ailleurs, sensation de chaleur, de brûlures mictionnelles.
- écoulement de pus par les orifices des glandes de Skene.

* signes gynécologiques :

- leucorrhées jaunâtres, abondantes, nauséabondes.
- vulve œdématiée.
- muqueuse vaginale irritée et rouge framboise.
- le col est rouge avec pus venant de l'endocol.

Examen bactériologique :

Le diagnostic repose sur l'examen bactériologique :

* les prélèvements doivent êtreensemencés immédiatement ou placés dans un milieu de transport.

* les prélèvements sont multiples :

- au niveau de la glande de Skene.
- et au niveau de l'urètre, aidés, parfois, de massage sous-urétral.
- au niveau de la cavité fusiforme de l'endocol.
- au niveau de l'anus.

La sérologie de la syphilis est systématique.

Traitement :

Il sera prescrit selon les possibilités d'adhésion à celui-ci par la patiente.

* Traitement minute :

- érythromycine : 2g per os.

Il faut savoir que ces traitements ont 7 à 10% d'échecs.

* Mesures d'hygiène :

- changement de slip et de collants tous les jours.
- abstention sexuelle jusqu'à guérison bactériologique.

* Traitement du partenaire, souvent un traitement minute.

* Contrôle de la guérison :

- prélèvements bactériologiques quelques jours après l'arrêt du traitement.
- sérologie de la syphilis à 3 semaines et à 3 mois.

Complications :

L'évolution en l'absence de traitement se fait vers les complications locorégionales :

- endométrite.
- salpingite.
- stérilité tubaire postsalpingite.

Cervicites à Chlamydiae :

5 à 8% des femmes sont porteuses de Chlamydiae et asymptomatiques. L'infection à Chlamydiae réalise une cervicite avec vulvo-vaginite subaiguë dans 30 à 60% des cas.

Diagnostic :

* Signes fonctionnels :

- prurit, brûlures, leucorrhées.
- urétrite, dysurie (20 à 60% des cas).

* L'examen : en pinçant le col entre les valves du spéculum, on fait sourdre une glaire sale et louche.

* L'évolution se fait souvent à bas bruit vers :

- une salpingite aiguë ou chronique.
- une stérilité tubaire postsalpingite.

* Le diagnostic repose sur des examens de laboratoires très spécialisés :

- isolement sur culture cellulaire (48 heures), ou immunofluorescence directe sur frottis, ou EIA (technique immuno-enzymatique)
- le gonocoque étant souvent associé, il est logique de le rechercher.

Traitement :

* Traitement du ou des partenaires.

* Traitement par les cyclines, macrolides ou quinolones pendant 15 jours.

* La femme enceinte doit être traitée impérativement pour éviter la contamination de l'enfant à la naissance :

- Rovamycine*: 4cp/j pendant 15 jours.

LEUCORRHEES DE LA FEMME ENCEINTE :

Elles sont fréquentes et constituent une préoccupation constante de l'obstétricien, à cause des complications maternelles et fœtales.

Étiologies :

Ce sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse mais leur répartition est différente.

Les leucorrhées physiologiques liées à la desquamation excessive des cellules épithéliales du vagin et les leucorrhées mycosiques dues à l'hyperacidité du vagin sont les plus fréquentes. Heureusement, ces dernières n'entraînent qu'exceptionnellement des complications maternelles et fœtales.

Diagnostic différentiel :

Les leucorrhées de la femme enceinte doivent faire discuter d'autres écoulements liquidiens :

- l'hydrorrhée déciduale. L'écoulement se tarit assez vite.
- la rupture d'une poche amnio-choriale.
- la rupture ou la fissuration de la poche des eaux.

Complications :

Pendant la grossesse :

- fragilisation des membranes au pôle inférieur de l'œuf et rupture.
- chorio-amnionite.
- accouchement prématuré.

Après l'accouchement :

- * infections maternelles mais surtout infections néonatales par inhalation et déglutition du liquide infecté ou contamination directe lors du passage.
- * certains germes sont responsables d'infections spécifiques :
 - Chlamydia : conjonctivites et pneumonies graves.
 - gonocoque : conjonctivite purulente.
 - HSV2 et Cytomégalovirus : mortalité néonatale et séquelles neuropsychiques.
- * le plus souvent, il s'agit d'infections opportunistes.

Traitement selon le germe :

- * Levures : le traitement local prolongé suffit le plus souvent.
- * Trichomonas : éviter les trichomocides par voie générale.
- * Chlamydia : érythromycine.
- * Herpès génital :
 - césarienne prophylactique si virus retrouvé au voisinage du terme.
 - césarienne avant la 4e heure si rupture des membranes.
- * Germes opportunistes : traitement local et bêta-lactamines en cas :
 - de menace d'accouchement prématuré.
 - de rupture prématurée des membranes.
 - ou de fièvre.

LEUCORRHÉE DE LA FEMME MÉNOPAUSÉE :

Tout peut se voir et par ordre de fréquence, vulvo-vaginites à :

- germes pyogènes.

- Trichomonas.

- mycoses.

LEUCORRHEES DE LA PETITE FILLE :

Tout peut se voir, mais fréquence plus élevée des infections à germes banals.

Certaines étiologies sont plus spécifiques à la petite fille :

- oxyurose.

- corps étranger, parfois radio-opaque.

*Traitement :

Traitement spécifique local, voire général.

Si récurrence :

- rechercher de parti pris un corps étranger.

LEUCORRHEES RECIDIVANTES :

Les récurrences peuvent être liées à :

- la résistance acquise des germes (gonocoque), d'où l'intérêt de l'antibiogramme.

- l'association de plusieurs germes, non isolés à l'examen extemporané.

- la persistance de facteurs favorisants.

CONCLUSION :

Les leucorrhées se voient à tous les âges mais la répartition des germes en cause est variable selon la période de la vie.

L'examen extemporané élimine la leucorrhée " physiologique ", oriente le diagnostic de l'agent causal (Trichomonas, mycoses) permettant d'instaurer un traitement adapté d'emblée, sans pour autant remplacer les prélèvements bactériologiques pour coloration et mise en cultures qui seuls apporteront la certitude d'une cause unique et l'absence d'agents bactériens associés.