

Plan

INTRODUCTION	2
MÉTHODE.....	6
RÉSULTATS	9
DISCUSSION et CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	35
Listes des figures	39
Listes des tableaux.....	40
Table des matières.....	41
Annexes.....	I

Conflits d'intérêt

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt ni avec le laboratoire pharmaceutique Majorelle (Fluconazole LP 150mg ®) ni avec le laboratoire pharmaceutique Bayer (MycoHydralin ®).

DEMARCHE DECISIONNELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DEVANT DES MYCOSES VULVOVAGINALES RECIDIVANTES

Charlène LESAGE-BESNIER et Sarah SODKI

Appel des cabinets pour récupération des adresses mails manquantes, envoi des questionnaires par Charlène LESAGE-BESNIER,

Recherche bibliographique conjointe,

Statistiques par Sarah SODKI,

Rédaction conjointe de la Thèse,

Mise en page par Sarah SODKI.

INTRODUCTION

Les mycoses vulvo-vaginales (MV V) sont des infections non sexuellement transmissibles très fréquentes avec 75 % des femmes touchées au moins une fois dans leur vie. Le germe souvent incriminé est le *Candida albicans*, isolé dans plus de 90% des cas (1). Il s'agit d'un saprophyte humain qui fait partie de la flore normale en faible concentration de la cavité buccale et du tube digestif. Cette forme saprophytaire, retrouvée chez environ 20% des femmes au niveau de la muqueuse vaginale, ne nécessite aucun traitement (2)(3).

En ambulatoire, l'interrogatoire et l'examen clinique conduisent une fois sur deux à faire par excès un diagnostic de mycose vulvo-vaginale suivi d'une prescription de traitement.

L'examen clinique a une valeur prédictive relativement faible avec environ 40 % de réelle MV V (4). Chaque étape de la consultation est primordiale pour prendre en charge une mycose génitale : l'interrogatoire permet de connaître la fréquence des épisodes, les signes cliniques de la patiente et du ou des partenaires. Il explore aussi les facteurs favorisants et l'impact psycho-social en lien avec des MV V récidivantes.

Les symptômes à rechercher comprennent l'érythème vulvaire, l'œdème, le prurit, les lésions de grattage associées, la sensation de brûlures et les leucorrhées blanchâtres grumeleuses.

Concernant les facteurs favorisants, les changements hormonaux de la grossesse ou de la ménopause peuvent modifier la flore de Döderlein qui est habituellement composée de lactobacilles (5). Un lien est démontré entre certaines pathologies générales et des épisodes de MV V à répétition, comme le diabète, l'immunodépression, l'hyperthyroïdie. Des traitements peuvent aussi être incriminés : les antibiotiques par déséquilibre de la flore de Döderlein, les corticoïdes et les anticholinergiques par sécheresse des muqueuses, les

progestatifs par atrophie des muqueuses et les oestrogènes en favorisant la croissance et l'adhérence à l'épithélium vaginal (6). L'hygiène locale excessive avec des douches vaginales et l'utilisation de produits antiseptiques qui agressent la flore sont aussi à prendre en compte (7). Il est nécessaire de poser la question des violences sexuelles car 31.8% des femmes qui en sont victimes présentent par la suite des infections génitales récidivantes (8).

Enfin, les professionnels de santé doivent relever la présence de symptômes d'anxiété, de dépression ou de dyspareunies secondaires aux épisodes infectieux. Une étude réalisée en Europe et aux USA en 2013 révèle que la qualité de vie des femmes atteintes de mycoses récidivantes est altérée significativement, même en dehors d'un épisode aigu, dans la crainte d'une récurrence (9).

L'examen clinique doit se composer au minimum d'un examen gynécologique complet.

Le prélèvement vaginal n'est pas recommandé devant un premier épisode de mycose sauf si les signes cliniques ne sont pas typiques ou si présence de signes d'infection génitale haute et en cas d'urétrite chez le partenaire. Il est nécessaire en cas d'échec d'un premier traitement médical ou de récurrence des symptômes entraînant plusieurs consultations. Il doit comporter une recherche mycologique et bactériologique en précisant la recherche de Mycoplasme, Gonocoque et Chlamydia. D'autres examens complémentaires sont réalisés en fonction des orientations diagnostiques : sérologies des infections sexuellement transmissibles (IST), glycémie à jeun, dosage de la TSH, une numération de la formule sanguine (NFS) (5).

Le prélèvement vaginal (PV) confirme le diagnostic par la mise en évidence des filaments associés à des spores mycéliens (10). Il existe plus de 35 espèces de Candida. Le Candida albicans est le plus souvent incriminé à 85% mais d'autres espèces sont aussi retrouvés

comme le *Candida glabrata* à 5% et moins fréquemment le *Candida tropicalis*, le *Candida parapsilosis* ou le *Candida krusei*.

Il est recommandé de mettre en place un traitement antifongique préventif (11) devant le diagnostic de mycoses récidivantes établi sur le constat de quatre épisodes ou plus, par an (4). La Haute Autorité de Santé (HAS) donne son avis au travers d'une Commission de Transparence en Octobre 2013 et préconise un traitement local sans plus de précision ou systémique type Fluconazole LP 150mg en prise unique hebdomadaire pour une durée de six mois (12). Ce même document donne accès aux recommandations de trois sociétés savantes datant de 2006 à 2010 respectivement de la Société américaine en 2009, du Centre des Maladies et Prévention en 2010 et du Collège américain de Gynécologie et d'Obstétrique en 2006 qui conseillent un traitement préventif oral hebdomadaire pendant six mois et pour deux d'entre elles en association un traitement local d'induction 10 à 14 jours (annexe I). Cependant une étude de 2017, accessible dans The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, met en évidence l'absence d'efficacité du traitement préventif par Fluconazole pendant six mois avec seulement 42,9% des patientes guéries après douze mois (13). L'ensemble des études concernant le traitement préventif dans le cadre d'une MV V récidivante n'est pas performant et il est nécessaire de réaliser des études à plus grande échelle pour identifier des traitements plus efficaces.

Pour prévenir la récurrence il faut déconseiller les douches vaginales et proposer des savons adaptés avec un pH basique. Des traitements préventifs à type de probiotique par voie locale ou orale sont fréquemment prescrits alors que leur effet thérapeutique n'est pas clairement établi (15)(16).

Les MV V récidivantes nécessitent un abord global avec mise en place de mesures préventives et prise en compte de la dimension psychologique et du contexte de la patiente. Cette étude a pour but de connaître les démarches décisionnelles des Médecins Généralistes et des Gynécologues auprès des femmes présentant des MV V récidivantes.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale. La population était celle des médecins généralistes et des gynécologues de deux départements : la Mayenne (53) et le Maine-et-Loire (49).

L'objectif principal était l'évaluation du traitement préventif prescrit par les professionnels de santé en cas de MV V récidivantes.

Les objectifs secondaires concernaient l'exploration de la prise en compte du retentissement psycho-social (syndrome anxiodépressif et dyspareunies), la description de la prescription des examens complémentaires : le prélèvement vaginal et la recherche d'IST, l'évaluation de la recherche des facteurs associés et l'appréciation de la place des probiotiques.

Le recrutement a été réalisé par l'envoi électronique d'une lettre d'informations accompagnée du questionnaire (annexe II) aux médecins concernés.

En Maine-et-Loire, les médecins généralistes et les gynécologues qui n'avaient pas d'adresse mail sur la liste obtenue par le Conseil de l'Ordre du département ont été contactés par téléphone pour récupérer leur adresse.

En Mayenne, pour les médecins généralistes, l'envoi a été fait par le Conseil de l'Ordre. Pour les gynécologues, les secrétariats de ces derniers ont été contactés par les enquêtrices afin d'obtenir leur adresse mail.

Le questionnaire a été envoyé en 2018 une première fois entre le 09 et le 12 novembre, une première relance a été générée le 04 et 05 décembre puis une deuxième a été effectuée le 21 décembre.

Il a été adressé à 973 médecins, 29 étaient des gynécologues dont 12 exerçaient en Maine-et-Loire et 17 en Mayenne et 944 étaient des médecins généralistes dont 756 pratiquaient en Maine-et-Loire et 188 en Mayenne.

N'ont pas été inclus les médecins à exercice particulier, les médecins retraités, les médecins ayant répondu ne pas être intéressés et ceux dont l'adresse mail n'a pas pu être récupérée.

Le questionnaire a été élaboré à partir des données de la littérature. Pour permettre le recueil de données, les réponses aux questionnaires ont été redirigées sur une même plateforme Google forms qui permettait de préserver l'anonymat. Il était composé de 20 questions dont les réponses étaient uniques avec la possibilité de ne pas savoir y répondre, leur remplissage demandait cinq à dix minutes.

La première interrogeait le nombre de mycoses définissant les MV V récidivantes. Deux exploraient la prescription d'un traitement de fond préventif, l'une sa durée et l'autre la fréquence des différentes prescriptions à savoir un traitement local seul (crème et ovule confondus), un traitement systémique seul ou les deux simultanément. Une deuxième partie explorait les objectifs secondaires. Deux questions interrogeaient l'intérêt porté à l'impact sur la sexualité des femmes : fréquence des rapports sexuels, libido et répercussion sur la qualité de vie du couple. Cinq concernaient le prélèvement vaginal et/ ou endocervical : les situations de prescription ou de réalisation, la fréquence des recherches bactériologiques associées à celle de la mycose. Concernant la prescription des examens complémentaires, une interrogeait celle des sérologies des IST, de la numération formule sanguine, de la TSH et de la glycémie à jeun. Une question portait sur la fréquence des facteurs favorisants recherchés : maladies systémiques, maladies auto-immunes, prise de traitement, habitudes dans l'hygiène intime, sexualité active et violences sexuelles. S'il existait une contraception,

une question interrogeait la proposition d'une contraception non hormonale si celle-ci l'était et une deuxième la proposition d'un autre moyen contraceptif s'il s'agissait d'un Dispositif intra utérin (hormonal ou cuivre). Une question s'intéressait à la fréquence des conseils préventifs pouvant être donnés : suppression de la douche vaginale, utilisation d'un savon adapté, conseils vestimentaires. Deux questions permettaient de savoir à quelle fréquence les probiotiques étaient conseillés ou prescrits.

La dernière partie précisait le profil sociodémographique de la population via trois questions concernant l'âge, le sexe et la spécialité.

Les données des questionnaires ont été encodées avec le logiciel EXCEL et analysées à l'aide du logiciel Rstudio. L'analyse descriptive des données quantitatives a été exprimée en moyenne et en pourcentage.

Une comparaison des données a été faite selon le sexe, l'âge et la spécialité des médecins. Pour l'analyse comparative, les items « Toujours, Souvent » et « Rarement, Jamais » ont été regroupés et le test du CHI 2 a été utilisé. La significativité des résultats était définie par un $p < 0,05$.

L'étude étant non interventionnelle, elle ne nécessitait pas d'avis du Comité de Protection des personnes. L'avis du Comité d'Ethique du CHU d'Angers demandé a été favorable.

RÉSULTATS

Données sociodémographiques de la population

Parmi les 219 médecins, 212 soient 96,8 % étaient des Médecins Généralistes et 7 soit 3,2 % étaient des Gynécologues.

107 étaient des femmes soient 48,8% et 112 des hommes soient 51,2%.

L'âge moyen était de 46,5 ans : 115 ont moins de 45 ans et 104 ont plus.

La moyenne d'âge était de 42,6 ans pour les femmes et de 49 ans pour les hommes.

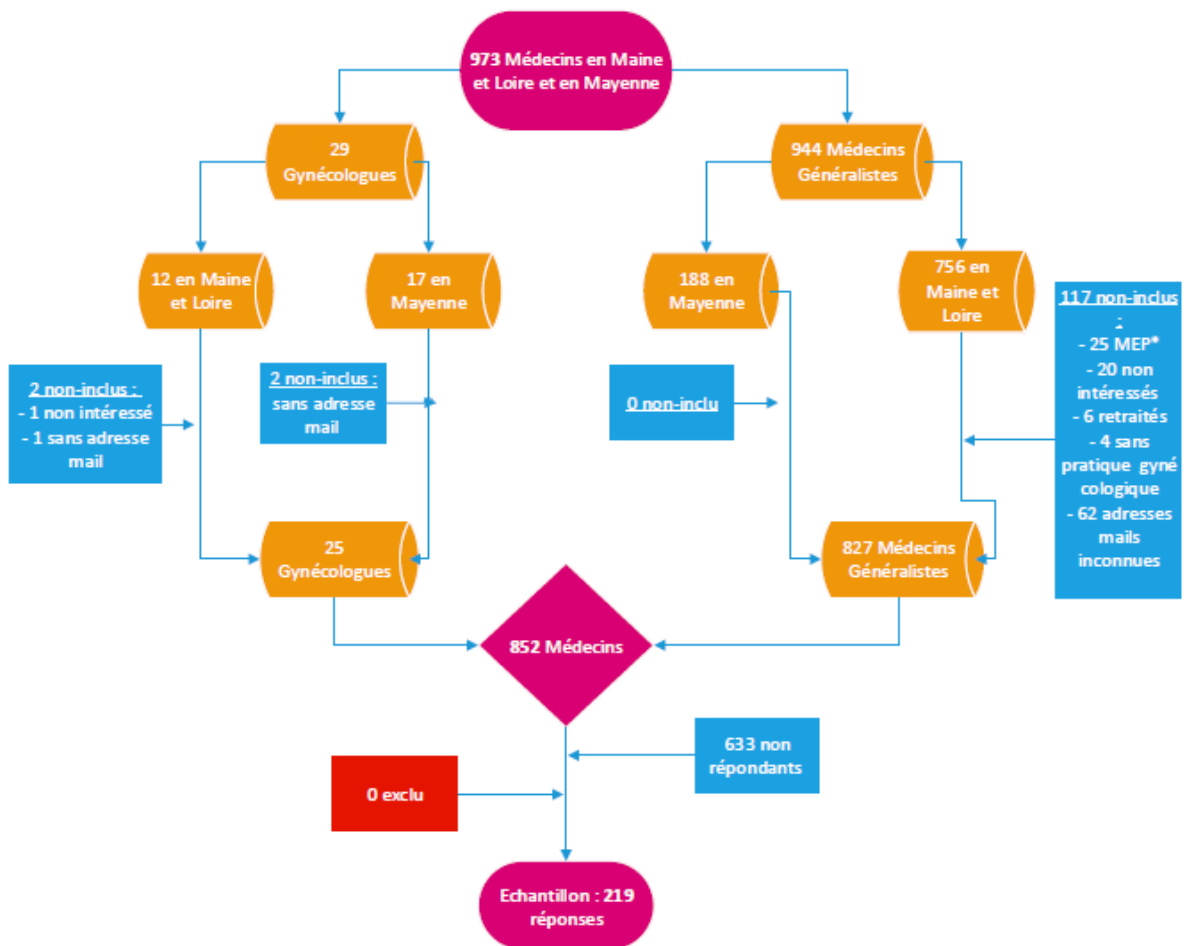


Figure 1 : Diagramme de la population

(*MEP : médecins à exercice particulier)

Le taux de réponse est de 219 sur 973 soit 22,51%.

Les résultats

L'objectif principal

Une mycose est considérée comme récidivante après quatre épisodes par an pour 72 (32,7 %).

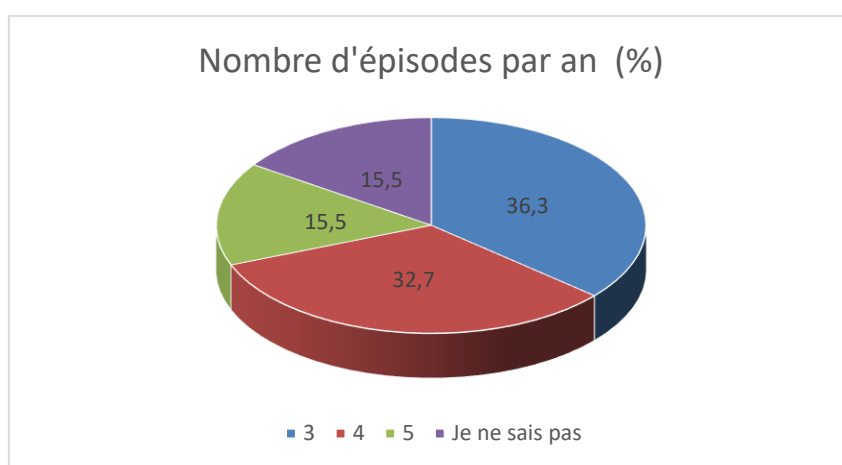


Figure 2 : Nombre d'épisodes de mycose par an

Le traitement préventif est prescrit par 151 soit 69%. Sa durée est de six mois pour 83 (37,9%), de trois mois pour 65 (29,7%), de neuf mois pour 2 (0,9%) et de douze mois pour 1 (0,5%).

Les médicaments prescrits souvent ou toujours sont un antifongique local seul pour 125 (57,1%) dont 27 toujours (12,3%), un antifongique systémique seul pour 46 (21%) dont 6 toujours (2,7%) et l'association des deux pour 37(16,9%) dont 11 toujours (5%).

Les objectifs secondaires

Les éléments de la démarche décisionnelle décrits regroupent ceux avec les réponses « souvent et toujours » regroupées.

Prise en compte psychosociale :

La majeure partie explore les répercussions sur la vie de couple et l'impact sur la sexualité (fréquence des rapports sexuels et libido) : respectivement 117 (53,2 %) et 120 (55 %).

Prescription des examens complémentaires :

En présence d'une symptomatologie typique, le PV est prescrit par 165 (75,3%) et réalisé par 106 (48,4%) en cas de récurrence des symptômes ; il est prescrit par 114 (52 %) et réalisé par 77 (35%) en cas d'échec d'un premier traitement. Une recherche mycologique est faite par 190 (86,8 %) et la recherche bactériologique associée se répartit ainsi : 183 (83,6%) pour la Chlamydiae, 176 (80,4%) pour le Mycoplasme, 165 (75,3%) pour le Gardnerella et 158 (72,1%) pour le Gonocoque.

Les autres examens complémentaires comportent un bilan des IST pour 151 (68 ,9 %), une recherche de glycémie à jeun pour 112 (51,1 %), la numération de la formule sanguine pour 71 (32,4%) et le dosage de la TSH pour 40 (18,3 %).

Exploration des facteurs favorisants :

Elle comporte celle des habitudes dans l'hygiène intime pour 217 (99%), de la prise de traitement pour 202 (92,2%), de la pratique d'une sexualité active pour 152 (69,4%), et celle de l'existence des maladies systémiques et auto-immunes pour 62 (28,3%) et des violences sexuelles pour 58 (26,5%).

Mesures préventives :

Elles concernent les préconisations du port de vêtement adapté pour 203 (92,7%), de l'utilisation d'un savon adapté pour 201 (91,8%), et de la suppression de la douche vaginale pour 195 (89%). Elles comportent le conseil et la prescription de probiotiques pour 143 (65,3%) et pour 125 (57,1%) respectivement. Concernant la contraception, 75 (34,1%) proposent un changement si celle-ci est un dispositif intra-utérin cuivre ou hormonal et 65 (29,7%) si elle est hormonale.

Comparaison des résultats

Seront comparées les pratiques dont la fréquence est notifiée « souvent et toujours ».

En fonction du genre

Objectif principal

La définition des MVV récidivantes est mieux connue par les femmes que par les hommes avec p à 0,044.

Tableau I : Définition des MVV récidivantes en fonction du sexe

	N	4 épisodes	3 épisodes	5 épisodes	« je ne sais pas »
Femmes	107	41 (38,3%)	34 (31,8%)	21 (19,6%)	11 (10,3%)
Hommes	112	32 (28,6%)	45 (40,2%)	13 (11,6%)	22 (19,6%)

Les femmes prescrivent plus un antifongique systémique seul avec une différence significative : p à 0,004.

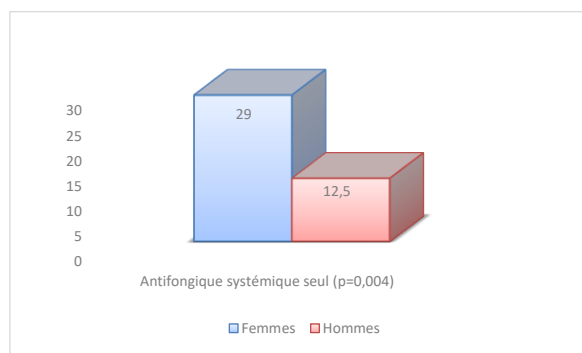


Figure 3 : Choix du traitement préventif en fonction du genre (%)

Concernant les autres choix de traitement, les résultats ne mettent pas en avant de différence significative entre les genres : un antifongique local seul pour 37,4% des femmes contre 47,3% des hommes (p à 0,18) et l'association des deux pour 15% des femmes contre 17,9% des hommes (p à 0,69).

Il n'y a pas de différence significative (p à 0,641) pour la durée du traitement préventif mais une tendance majoritaire pour six mois à 40,5% chez les hommes et 34,6% chez les femmes.

Objectifs secondaires

Différence significative en faveur des femmes :

Elles pratiquent plus souvent le PV en cas de récurrence des symptômes : 57% contre 40,2% chez les hommes avec p à 0,018.

La recherche bactériologique des trois germes suivants : Chlamydiae, Gardnerella vaginalis et Gonocoque est plus précisée chez les médecins femmes avec une différence significative inférieure à 0,05.

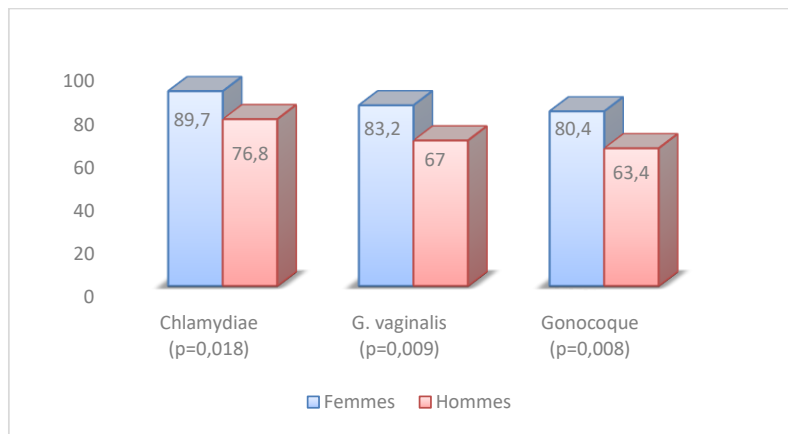


Figure 4 : Recherche bactériologique du PV en fonction du genre (%)

La proportion des femmes à donner des conseils vestimentaires est plus grande : 97,2% d'entre elles contre 86,6% chez les hommes avec p à 0,009.

Elles conseillent et prescrivent plus les probiotiques : 79,4% contre 51,8% des hommes ($p < 0,0003$) et 71% contre 43,7% des hommes ($p < 0,0008$) respectivement.

Différence significative en faveur des hommes :

Ils s'intéressent plus aux facteurs favorisant tels que les maladies systémiques et les maladies auto-immunes : 42% contre 24,3% pour les maladies systémiques avec $p < 0,009$ et 29,5% contre 15,9% chez les femmes avec p à 0,026.

Ils ont tendance à plus demander une NFS dans les examens complémentaires : 39,3% d'entre eux contre 24,3% des femmes avec p à 0,03.

Absence de différence significative :

Pour les répercussions sur la vie de couple et l'impact sur la sexualité : 55,4% des hommes contre 50,5% des femmes cherchent dans le premier cas avec p à 0,556 et 51,8% des hommes contre 57,9% des femmes dans le second cas avec p à 0,436.

L'exploration des facteurs favorisant semble proche chez les hommes et les femmes.

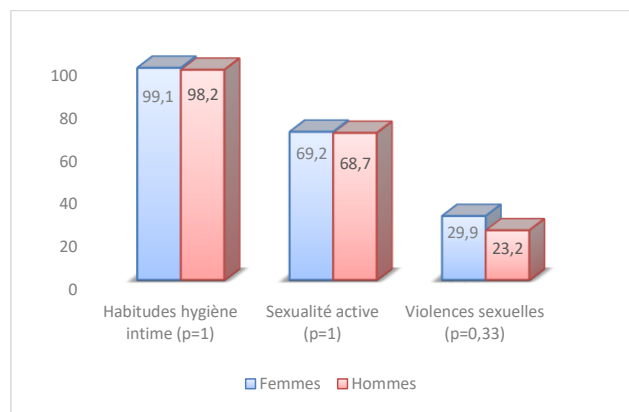


Figure 5 : Exploration des facteurs favorisant en fonction du genre (%)

Concernant l'utilisation d'un savon adapté et la suppression de la douche vaginale : 92,5% des femmes contre 91,1% avec $p = 0,89$ et 91,6% des femmes contre 85,6% des hommes avec $p = 0,24$.

Pour la proposition de changement de contraception, si celle-ci est hormonale, elle se fait pour les femmes à 33,6% contre 25,9% pour les hommes ($p = 0,27$), s'il s'agit du DIU (cuivre ou hormonal) elle s'effectue pour les femmes à 33,6% contre 33,9% pour les hommes ($p = 1$).

En fonction de l'âge

Objectif principal

Les médecins de moins de 45 ans connaissent mieux la définition des mycoses récidivantes. 41,7% d'entre eux indiquent qu'il faut quatre épisodes par an contre 23,3% des plus de 45 ans avec p à 0,003.

Tableau II : Définition des MV V récidivantes selon l'âge

	N	4 épisodes	3 épisodes	5 épisodes	« je ne sais pas »
Moins de 45 ans	115	48 (41,7%)	30 (31,8%)	21 (18,3%)	16 (13,9%)
Plus de 45 ans	104	24 (23,3%)	50 (47,6%)	13 (12,6%)	17 (16,5%)

Ils ne mettent aucun traitement préventif à 38,6% contre 22,3% des plus de 45 ans avec p à 0,04. Les médecins de plus de 45ans prescrivent plus l'association antifongique local et systémique avec $p < 0,002$ et ils sont plus nombreux à prescrire sur une durée de 6 mois : 43,7% contre 32,5% des moins de 45 ans avec p à 0,04.

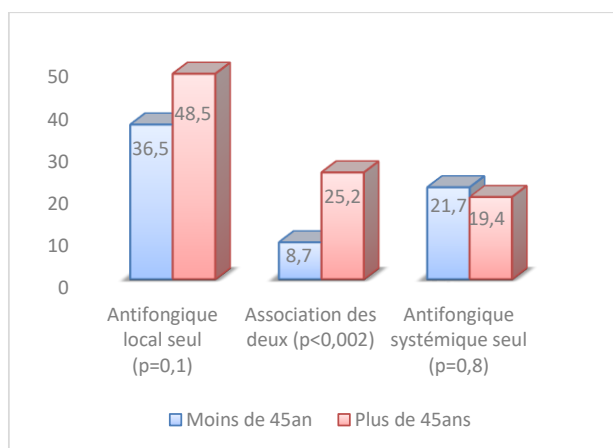


Figure 6 : Choix du traitement en fonction de l'âge (%)

Objectifs secondaires

Différence significative en faveur des moins de 45 ans :

Ils préconisent plus la suppression de la douche vaginale à 93,9% contre 83,5% avec p à 0,027. Pour les probiotiques ils sont plus nombreux à les conseiller à 77,4% contre 52,4% avec $p < 0,001$ et à les prescrire à 67,8% contre 45,6% avec $p < 0,001$.

Différence significative en faveur des plus de 45 ans :

Ils recherchent plus les maladies systémiques à 41,7% contre 26,1%, avec $p = 0,021$.

Absence de différence significative :

Pour les répercussions sur la qualité de vie de couple et l'exploration de l'impact sur la sexualité, il existe une prédominance pour les plus de 45 ans qui répondent respectivement à 60,2% et à 62,1% contre 47% et 48,7% (p à 0,069 et p à 0,064).

Les résultats concernant la pratique ou la réalisation des prélèvements vaginaux et les examens complémentaires sont proches.

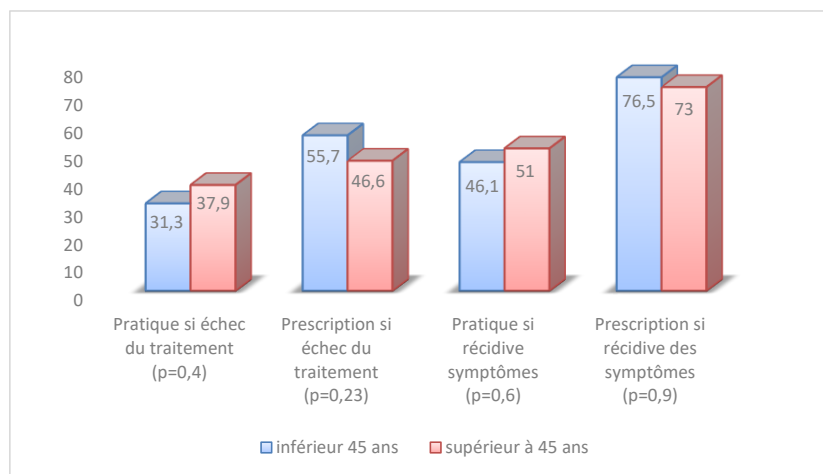


Figure 7 : Réalisation du PV en fonction de l'âge (%)

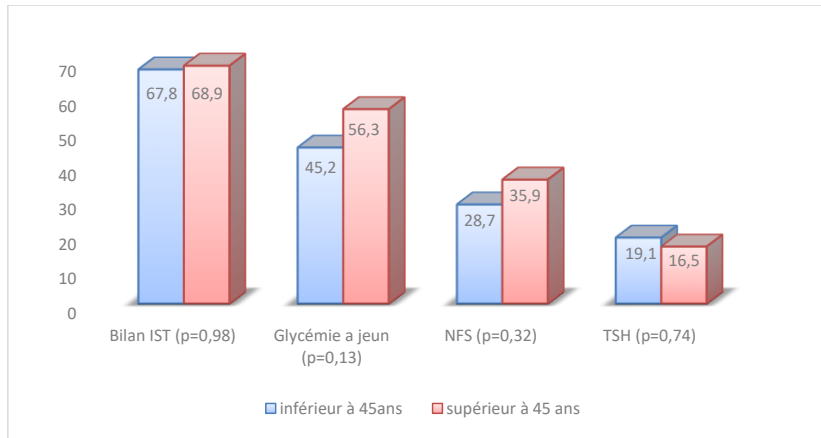


Figure 8 : Réalisation des examens complémentaires en fonction de l'âge (%)

Les moins de 45 ans recherchent à 99,1% les habitudes d'hygiène intime, à 73% la sexualité active, à 42,1% la prise des traitements, à 18,3% les maladies auto-immunes et à 26,1% les violences sexuelles.

Avec des proportions similaires, les plus de 45 ans recherchent à 98% les habitudes d'hygiène intime, à 64,1% la sexualité active, à 41,7% la prise des traitements, à 28,8% les maladies auto-immunes et à 27,2% les violences sexuelles.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Discussion de la méthode

Faiblesses de l'étude

Biais de sélection

Il existait un biais de sélection concernant le choix d'avoir étudié la population sur seulement deux départements. En effet, le nombre de gynécologues et de médecins généralistes en France étaient trop important pour organiser une étude d'une telle envergure. De ce fait, d'autres études similaires pourraient être réalisées dans d'autres départements français pour comparer les résultats de cette étude.

Un autre biais de sélection a pu être mis en évidence. Les mails des médecins généralistes et des gynécologues du Maine-et-Loire ont été fournis par le Conseil de l'Ordre sans précision des particularités d'exercice et sans réactualisation récente. Le taux de participation aurait pu être amélioré si tous les médecins à exercice particulier, retraités, et ceux pour qui l'adresse mail n'était pas connue avaient été mentionnés car ils n'auraient pas été comptabilisés au départ.

A noter que pour le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) de la Mayenne, ce dernier a affirmé que les adresses mails étaient correctes et mises à jour. Pour les gynécologues, les adresses ont directement été récupérées auprès des secrétaires.

Enfin, devant le faible effectif des gynécologues du Maine- et- Loire, les enquêtrices ont interrogé le CDOM du Maine- et- Loire qui les a informées tardivement que cette liste était effectivement partielle et ne comprenait que les gynécologues médicaux et non les gynécologues obstétriciens.

Biais de représentativité

L'étude présentait un biais de recueil des informations avec l'interdiction d'extraire les données des logiciels du CDOM 49 en raison de la Loi du Règlement général sur la protection des données. En effet, le CDOM 49 n'était plus en mesure de donner les âges des médecins de la liste initiale, ce dernier a transmis les âges sans les noms de la liste des médecins qui exercent en 2019, soit un décalage de 18 mois. On peut penser que la moyenne d'âge n'a pas beaucoup changé.

Biais de désirabilité

Seuls les médecins intéressés ou interpellés par le sujet des mycoses vulvo-vaginales récidivantes ont pris le temps de répondre. Le niveau de connaissance des médecins généralistes est ainsi probablement surévalué.

Autre faiblesse de l'étude

Le questionnaire manque de précisions quant au traitement local : il ne précise pas s'il s'agit de crème ou d'ovule ou de l'association des deux.

Forces de l'étude

Le taux de réponse est bon, chiffré à 22.51%.

Le questionnaire ne possède pas d'ambiguïté et offre la possibilité de répondre « ne sait pas ».

Afin de pallier aux adresses mails incorrectes fournies par le CDOM 49 ou à des adresses non connues par ce dernier, les enquêtrices ont joint les différents médecins ou les secrétaires de ces médecins afin de les rectifier ou les récupérer pour corriger un éventuel biais de sélection.

Peu d'études concernant les MV V récidivantes ont été réalisées d'où un faible nombre de références bibliographiques. L'originalité d'une étude de pratique de démarche décisionnelle intégrant des éléments de prise en charge globale a tout son intérêt.

Discussion des résultats

Population

Comparé à la population source, l'échantillon note une tendance à une surreprésentation des femmes avec un taux à 48.8% contre 43% et avec une moyenne d'âge plus jeune de 46,5 ans contre une moyenne de 49 ans.

On retrouve ainsi un facteur de confusion en comparant sur la variable de l'âge : les femmes sont surreprésentées dans la catégorie moins de 45 ans avec une moyenne d'âge de 42,6 ans contre une moyenne de 49 ans pour les hommes.

Le faible taux de réponses des Médecins Gynécologues (7 réponses) n'a pas permis de mettre en évidence des différences significatives de pratique entre les spécialités.

Définition des MV V récidivantes

32,7%, soit seulement environ un tiers de l'échantillon, connaissent la définition des MVV récidivantes. Cela semble peu en regard des 5% des femmes concernées dans la population générale (4). 36,3% ont considéré qu'une mycose était récidivante après trois épisodes par an. Ces résultats n'ont pas été comparés à des échantillons de plus grande taille car des études de pratique similaires n'ont pas pu être retrouvées dans la littérature. Les femmes semblent mieux connaître la définition, 38,3% contre 28,6% des hommes avec une différence significative (p à 0,044). Cela peut s'expliquer du fait qu'elles soient plus souvent confrontées en consultation aux problèmes intimes des femmes. La Thèse de L. BRISPOT en Octobre 2013, qui étudiait le choix du médecin traitant des patients en fonction du genre, révèle de manière significative une préférence pour les médecins femmes concernant ce type de consultation (17).

Avec un p à 0,003 nous remarquons aussi une différence significative entre les médecins en fonction de leur âge. 41,7% des moins de 45 ans contre 23,3% des plus de 45 ans mais ces résultats doivent prendre en compte la surreprésentation de la population féminine dont la moyenne d'âge est plus jeune.

Evaluation du traitement préventif en cas de MV V récidivantes

La prescription fréquente d'un antifongique systémique seul est retrouvée pour 21%, la majorité ne semble pas suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2013 ni celles du Collège américain de Gynécologie et Obstétrique en 2006 qui le préconisent pour une durée de six mois avec une prise hebdomadaire de Fluconazole LP 150mg (12). Les femmes semblent le prescrire plus fréquemment à 29%.

L'association d'un traitement local et systémique n'est retrouvée que pour 16,9% alors que la Société Américaine des Maladies infectieuses et le Centre des Maladies et Prévention, respectivement en 2009 et 2010, préconisent un traitement d'induction imidazolé local de dix à quatorze jours en associant au traitement antifongique systémique type Fluconazole LP 150mg, ce dernier pour une durée de six mois (12). Les médecins de plus de 45 ans semblent plus prescrire ce schéma thérapeutique à 25,2%. Il serait intéressant de préciser le choix des plus de 45 ans lorsqu'ils disent prescrire un traitement local en association, en explorant si c'est dans le but de traiter l'épisode aigu associé ou s'il s'agit d'un traitement d'induction prescrit systématiquement même si la patiente ne présente pas de signes cliniques au moment de l'introduction du traitement de fond.

Le traitement systémique par Fluconazole LP 150mg en prise unique hebdomadaire pendant six mois est peu prescrit soit par méconnaissance, soit par connaissance de sa non-efficacité. Le choix de ne pas prescrire de traitement préventif peut s'expliquer par les données plus récentes, accessibles dans la revue d'Australian and New Zealand Journal of Obstetric and Gynaecology d'Avril 2017, qui révèlent les limites du traitement préventif avec un taux de récurrence supérieur à 55% à un an (13).

Il peut être proposé aux femmes qui présentent toujours une culture positive à Candida, malgré le traitement préventif, de prolonger de six mois le Fluconazole LP 150mg mais cela ne garantit pas l'absence de risque d'une nouvelle colonisation dès l'arrêt (14).

Un article dans la revue Prescrire d'Août 2019 partage les résultats de leur recherche documentaire concernant l'efficacité du Fluconazole oral hebdomadaire : il n'y a pas d'étude recensée mettant en évidence un bénéfice du traitement oral prolongé contre des traitements locaux ponctuels des épisodes aigus. Ils ajoutent « au vu des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, et de l'effet tératogène du Fluconazole oral, il semble prudent d'en rester au traitement de chaque épisode » (18).

La réalisation d'une étude à grande échelle comparant les deux types de traitement permettrait d'analyser les bénéfices-risques et d'établir des recommandations précises.

Aspects positifs dans la prise en charge globale

La dimension psychologique est bien prise en considération par plus de la moitié des médecins. Les questions sur le retentissement psychologique et l'impact sur la sexualité sont soulevés à plus d'une consultation sur deux et sans différence selon les sexes. Par ailleurs, il y a une corrélation entre ces deux questions, nous pouvons donc conclure que ceux qui recherchent l'un, interrogent l'autre aussi.

Cette étape dans la prise en charge est essentielle comme le montre l'étude de 2013 réalisée en Europe et aux USA (9). Celle-ci note que les femmes souffrant de MVV récidivantes ont une altération comparable à celles atteintes de pathologies comme l'asthme ou la BPCO et pire que celles ayant des migraines et ce même en dehors des épisodes aigus pour 54% des femmes interrogées.

Interroger la fréquence des rapports sexuels est aussi utile afin de dépister des exacerbations post-coïtales chez les patientes porteuses de la forme saprophytaire. Deux mécanismes sont imputés : des microtraumatismes pouvant altérer la muqueuse vaginale et plus récemment la découverte d'une réaction possible au contact du sperme pouvant transformer la forme saprophytaire et favoriser le développement des filaments (19)(20).

La recherche d'une prise de traitement comme facteur favorisant est faite pour 92,2% ce qui est en accord avec les données de la Littérature qui soulignent l'intérêt de proposer une prise en charge adaptée en intégrant le rôle des facteurs extrinsèques comme les antibiotiques à large spectre et les corticoïdes (systémique ou local) (14).

Plus de la moitié réalisent un bilan IST ou une glycémie à jeun respectivement 68,9% et 51,1%. Ces résultats semblent révéler que la MV V récidivante est bien intégrée dans une démarche diagnostique complète mais il n'est recommandé de rechercher un diabète ou une sérologie VIH que seulement en présence de facteurs de risque (14).

Les conseils à visée préventive sont donnés à bon escient : 89% pour la douche vaginale, 91,8% pour l'utilisation d'un savon adapté et 92,7% les conseils vestimentaires. La suppression de la douche est plus fréquente chez les médecins de moins de 45 ans, 93,9% contre 83,5% des plus de 45 ans avec $p = 0,027$. Ce résultat peut s'expliquer par une pratique d'hygiène intime différente dans la patientèle en effet des études montrent une différence significative d'origine culturelle avec une douche vaginale réalisée par la population d'origine africaine (21). Si les données géographiques des participants avaient été recueillies, un lien aurait pu être recherché entre les médecins s'interrogeant plus sur la douche vaginale et leur lieu d'exercice.

L'utilisation des probiotiques est mentionnée par plus de 50% avec une corrélation entre les conseils et la prescription. Cette attitude préventive ne semble pas validée par la revue de Littérature réalisée en 2017 par C. GUERY qui conclue en l'absence de haut niveau de preuve de l'efficacité des probiotiques au long cours pour éviter les récives (22). Utilisés comme traitement adjuvant aux médicaments antifongiques, ils pourraient améliorer le taux de guérison à court et moyen terme mais les preuves sont de faible qualité (23).

Aspects négatifs dans la prise en charge globale

En cas d'échec du traitement mais aussi en cas de récurrence des symptômes, le PV est pratiqué à 35,1% et 48,4% et prescrit à 52% et 75,3% respectivement. Ces résultats ne semblent pas élevés, comparés au bénéfice de connaître la souche concernée, comme le *Candida glabrata* plus fréquemment retrouvé chez les patientes souffrant d'un diabète de type 2 ou encore le *C. krusei* ou d'autres espèces de *Saccharomyces* pouvant être résistants au traitement imidazolé de première intention (24)(25).

Dans la Littérature il est conseillé, sans recommandation stricte, de réaliser le PV s'il ne s'agit pas d'un épisode typique de mycose. Comme le souligne la synthèse sur les Infections vulvovaginales non sexuellement transmises dans la revue Prescrire d'Août 2019 : « Chez les patientes gênées par des récurrences... la culture sur milieu spécifique est à envisager pour guider le choix d'un traitement... » (18). Il serait alors intéressant d'évaluer les résultats d'un PV réalisé de manière systématique pour apprécier sa pertinence en termes de précision de germes.

Les maladies systémiques et auto-immunes ne sont recherchées que par seulement 28,3%. Mais, selon les études, les MVV récurrentes révèlent rarement ces pathologies et la majorité sont idiopathiques (14).

26,5% cherchent les violences sexuelles sans différence pour l'âge ou le genre. Une étude réalisée en 2013 par le Docteur GUERIN V. auprès de 100 patients dont 88 femmes ayant souffert d'attouchements ou de viols note que 31,8% d'entre elles présentent des infections gynécologiques récurrentes dont les mycoses. Cette référence n'a pas un haut niveau de

preuve cependant cela soulève l'importance de systématiser la question sur les violences sexuelles à tout interrogatoire médical (8).

Seulement 29,7% et 34,1% proposent un changement de la contraception hormonale ou dispositif intra-utérin (cuivre ou hormonal) alors que ces deux traitements ont été identifiés comme facteurs déclenchants possibles, spécifiquement du Candida. Leur prise en compte permettrait d'éviter des probables récurrences : l'examen microscopique des fils des DIU des patientes souffrant de mycoses récurrentes révèle la présence de nombreux filaments de Candida et donc favorisent la chronicité. Les femmes ménopausées souffrent moins de MV V, seulement 5 à 6% d'entre elles (14)(26)(27).

Axes à améliorer

Devant la fréquence des MV V récidivantes et leurs répercussions sur la qualité de vie des femmes, la revue d'experts du Journal Américain de Gynécologie et d'Obstétrique de Janvier 2016 partage des données récentes en s'intéressant à tous les facteurs favorisants possibles. Elle précise qu' « Il ne faut pas garantir de guérison aux patientes souffrant de mycoses récidivantes » mais axer la prise en charge sur « l'écoute, l'apaisement des symptômes et la prévention » (14). La recherche des facteurs associés pourrait être améliorée en réalisant plus systématiquement le prélèvement vaginal puis, en fonction des résultats mycologiques, compléter par les autres examens complémentaires.

Le facteur génétique est aussi étudié pour améliorer la prise en charge thérapeutique. Facteur favorisant intrinsèque, il dépend d'une variabilité interindividuelle du système immunitaire inné et pourrait expliquer la susceptibilité de certaines patientes à présenter plusieurs épisodes tandis que d'autres patientes peuvent être porteuses asymptomatiques pendant des mois voire des années (3). Cela se traduirait par « une réaction inflammatoire exagérée responsable des signes cliniques » (28).

Conclusion et ouverture

Les résultats de l'étude présentent une régularité dans l'évaluation du retentissement psychologique, la recherche de facteurs déclenchant et les conseils à visée préventive. L'analyse de la Littérature révèle l'importance d'une prise en charge globale des femmes souffrant des MVV récidivantes, le traitement préventif actuel étant limité (18). Sur le plan thérapeutique, des pistes sont explorées comme des traitements antifongiques à demi-vie plus longue, des études pour diminuer les résistances aux imidazolés, le développement d'un vaccin ou encore le rôle du microbiote vaginal et digestif (14).

Depuis 2016, un auto-test (Hydralin Test ®) est disponible en vente libre dans les pharmacies. En s'appuyant sur le pH vaginal, il permet d'identifier un épisode de mycose ou de vaginose bactérienne et, en fonction du résultat, les patientes peuvent accéder librement en pharmacie à un traitement antifongique local type MycoHydralin ® (ovule et crème). Cela semble intéressant pour prendre en charge un épisode aigu, mais il paraît important d'informer le grand public qu'en cas d'épisodes fréquents, il est alors nécessaire de consulter son médecin traitant ou gynécologue car l'essentiel ne réside pas dans le traitement médicamenteux mais plutôt dans une prise en charge globale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leucorrhées et infection génitale de la femme. In: Gynécologie Obstétrique. 2015. (KB Médecine).
2. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, et al. Maintenance Fluconazole Therapy for Recurrent Vulvovaginal Candidiasis. N Engl J Med. 26 août 2004;351(9):876-83.
3. Mycose vulvo-vaginale [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Mycose_vulvovaginale_valiton.htm
4. Candidoses vulvo-vaginales aiguës et récidivantes : actualités [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/candidoses-vulvo-vaginales-aigues-et-recidivantes-actualites/>
5. Faculté de Médecine U de L. item 88: Infections génitales de la femme: Leucorrhées. In: Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. 2004.
6. Masson E. Les candidoses vulvovaginales : facteurs de risque et particularités cliniques et mycologiques [Internet]. EM-Consulte. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/245138/figures/les-candidoses-vulvovaginales-facteurs-de-risque-e>
7. N°355 - Mai 2013 [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?IssueId=355>
8. Guérin-V.-Pathologies-liées-aux-violences-sexuelles.-2014.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Gu%C3%A9rin-V.-Pathologies-li%C3%A9es-aux-violences-sexuelles.-2014.pdf>

9. Aballéa S, Guelfucci F, Wagner J, Khemiri A, Dietz J-P, Sobel J, et al. Subjective health status and health-related quality of life among women with Recurrent Vulvovaginal Candidosis (RVVC) in Europe and the USA. *Health Qual Life Outcomes*. 11 oct 2013;11(1):169.
10. Josserand M. M. Langeron et R. Vanbreuseghem. — Précis de Mycologie, 1952. Publ Société Linn Lyon. 1952;21(9):231-2.
11. Candidose vaginale. In: *Maladies infectieuses et tropicales , Guide de traitement, référence pour une bonne pratique. (E-POPI)*.
12. FLUCONAZOLE_MAJORELLE_Avis1ModifiéLe281114_CT13001 - CT-13001_FLUCONAZOLE_MAJORELLE_Avis1_CT13001.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13001_FLUCONAZOLE_MAJORELLE_Avis1_CT13001.pdf
13. Matheson A, Mazza D. Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. avr 2017;57(2):139-45.
14. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol*. 1 janv 2016;214(1):15-21.
15. Goldin BR, Gorbach SL. Clinical Indications for Probiotics: An Overview. *Clin Infect Dis*. 1 févr 2008;46(Supplement_2):S96-100.
16. Intérêt des probiotiques dans la prise en charge des infections vaginales récidivantes Thèse Pharmacie, 2012 document.pdf [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01876072/document>
17. L. BRISPOT - Les patients choisissent- ils leur médecin traitant femme en raison de son genre? Thèse Médecine, 2013 2013TOU31097.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/253/1/2013TOU31097.pdf>

18. Infections vulvovaginales non sexuellement transmises : traitements de premier choix Prescrire Août 2019[Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/57467/0/NewsDetails.aspx>
19. Hellberg D, Zdolsek B, Nilsson S, Mårdh PA. Sexual behavior of women with repeated episodes of vulvovaginal candidiasis. *Eur J Epidemiol.* oct 1995;11(5):575-9.
20. Alvarez FJ, Ryman K, Hooijmaijers C, Bulone V, Ljungdahl PO. Diverse Nitrogen Sources in Seminal Fluid Act in Synergy To Induce Filamentous Growth of *Candida albicans*. *Appl Environ Microbiol.* 15 avr 2015;81(8):2770-80.
21. Cottrell BH. Vaginal Douching. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1 janv 2003;32(1):12-8.
22. Clarisse Guéry - Intérêt de l'utilisation des probiotiques dans la prise en charge des vulvovaginites récidivantes : une revue systématique de la littérature - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59044>
23. Probiotiques pour le traitement de la candidose vulvo-vaginale chez les femmes non enceintes [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: </fr/CD010496/probiotiques-pour-le-traitement-de-la-candidose-vulvo-vaginale-chez-les-femmes-non-enceintes>
24. Nyirjesy P, Zhao Y, Ways K, Usiskin K. Evaluation of vulvovaginal symptoms and *Candida* colonization in women with type 2 diabetes mellitus treated with canagliflozin, a sodium glucose co-transporter 2 inhibitor. *Curr Med Res Opin.* juill 2012;28(7):1173-8.
25. Davies S, Johnson E, White D. How to treat persistent vaginal yeast infection due to species other than *Candida albicans*. *Sex Transm Infect.* mars 2013;89(2):165-6.
26. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *The Lancet.* 9 juin 2007;369(9577):1961-71.

27. Hoffmann JN, You HM, Hedberg EC, Jordan JA, McClintock MK. Prevalence of bacterial vaginosis and *Candida* among postmenopausal women in the United States. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* nov 2014;69 Suppl 2:S205-214.
28. Romani L. Immunity to fungal infections. *Nat Rev Immunol.* avr 2011;11(4):275-88.

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de la population.....	10
Figure 2 : Nombre d'épisodes de mycose par an	11
Figure 3 : Choix du traitement préventif en fonction du genre (%).....	14
Figure 4 : Recherche bactériologique du PV en fonction du genre (%)	16
Figure 5 : Exploration des facteurs favorisants en fonction du genre (%).....	17
Figure 6 : Choix du traitement en fonction de l'âge (%)	19
Figure 7 : Réalisation du PV en fonction de l'âge (%).....	20
Figure 8 : Réalisation des examens complémentaires en fonction de l'âge (%)	21

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Définition des MVV récidivantes en fonction du sexe	14
Tableau II : Définition des MV V récidivantes selon l'âge	19

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MÉTHODE	6
RÉSULTATS	9
Données sociodémographiques de la population	9
Les résultats	11
L'objectif principal	11
Les objectifs secondaires	12
Comparaison des résultats	14
En fonction du genre	14
Objectif principal	14
Objectifs secondaires	16
En fonction de l'âge	19
Objectif principal	19
Objectifs secondaires	20
DISCUSSION et CONCLUSION	22
Discussion de la méthode	22
Faiblesses de l'étude	22
Forces de l'étude	24
Discussion des résultats	25
Population	25
Définition des MV V récidivantes	26
Evaluation du traitement préventif en cas de MV V récidivantes	27
Aspects positifs dans la prise en charge globale	29
Aspects négatifs dans la prise en charge globale	31

Axes à améliorer	33
Conclusion et ouverture	34
BIBLIOGRAPHIE	35
Listes des figures	39
Listes des tableaux	40
Table des matières	41
 Annexes	
ANNEXE I : Tableau des recommandations des Sociétés Savantes (12)	I
ANNEXE II : Questionnaire de Thèse	II
ANNEXE III : Tableau des résultats du questionnaire (219 réponses)	VI
ANNEXE IV : Analyse comparative des résultats en fonction du genre (107 femmes ; 112 hommes)	VIII
ANNEXE V : Analyse comparative des résultats en fonction de l'âge (115 < 45ans ; 104 > 45ans)	X
ANNEXE VI : Avis du Comité d'Éthique	XII

ANNEXES

ANNEXE I : Tableau des recommandations des Sociétés Savantes (12)

Résumé des recommandations

Société savante	Année	Recommandations
Infectious Diseases ⁶ Society of America	2009	<u>Candidoses aiguës</u> Traitements locaux durant 1 à 14 jours (miconazole, clotrimazole, tioconazole), ou fluconazole 150 mg en prise unique per os. <u>Candidoses récidivantes</u> Traitement d'induction durant 10-14 jours par dérivés azolés en voie locale ou orale suivi d'une prise hebdomadaire de fluconazole 150 mg durant 6 mois.
Centers for diseases control and prevention : Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines ⁷	2010	<u>Candidoses aiguës</u> Traitements locaux durant 1 à 7 jours (miconazole, clotrimazole, tioconazole), ou fluconazole 150 mg en prise unique per os. <u>Candidoses récidivantes</u> Traitement d'induction durant 10-14 jours par dérivés azolés en voie locale ou orale suivi d'une prise hebdomadaire de fluconazole 150 mg durant 6 mois.
European (IUST/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge ⁸	2011	<u>Candidoses aiguës</u> Traitements locaux : - Clotrimazole (comprimé vaginal) 500 mg/j en dose unique ou 200mg/j, 3 j. - Miconazole (ovule) 1200 mg en dose unique ou 400 mg/ j, 3 jours. - Econazole (comprimé vaginal) 150 mg en dose unique Traitements oraux : - Fluconazole 150 mg en prise unique - Itraconazole 200 mg x 2/ jour durant 1 journée

Résumé des recommandations (suite)

Société savante	Année	Recommandations
American college of obstricians and gynecologists ⁹	2006	<u>Candidoses aiguës</u> Miconazole ou clotrimazole en crème pendant 3 à 7 jours Miconazole 100mg comprimé vaginal 1/jour pendant 7 jours Miconazole 200 mg comprimé vaginal 1/jour pendant 3 jours ou Fluconazole 150 mg per os en prise unique <u>Candidoses récidivantes</u> Fluconazole 150 mg 1fois /semaine (6 mois)

ANNEXE II : Questionnaire de Thèse

Nous sommes internes de médecine générale et nous souhaitons, pour notre travail de Thèse, porter notre attention sur la "Démarche décisionnelle des médecins devant des mycoses vulvo- vaginales à répétition". En effet, il s'agit d'un motif de consultation fréquent face auquel le professionnel de santé peut s'interroger.

Merci de bien vouloir consacrer cinq à dix minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire et nous permettre d'avancer sur notre travail. Une seule réponse est possible pour chaque item.

Question 1: Selon vous, à partir de combien d'épisodes de mycoses vulvo- vaginales par an parle-t-on de mycoses récidivantes?

3

4

5

Je ne sais pas

Question 2: Le prélèvement vaginal:

A/ en cas d'échec d'un premier traitement médical d'une mycose et en présence d'une symptomatologie typique:

2a/ Pratiquez- vous un prélèvement vaginal et/ ou endocervical?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

2b/ Prescrivez- vous un prélèvement vaginal et/ou endocervical?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

B/ en cas de récurrence des symptômes mycosiques entraînant plusieurs consultations et en présence d'une symptomatologie typique:

2a/ Pratiquez- vous un prélèvement vaginal et/ ou endocervical?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

2b/ Prescrivez- vous un prélèvement vaginal et/ou endocervical?

Toujours Souvent Rarement Jamais

C/ que recherchez- vous sur le prélèvement vaginal?

Recherche mycologique: Toujours Souvent Rarement Jamais

Recherche bactériologique:

- Mycoplasme : Toujours Souvent Rarement Jamais

- Chlamydiae : Toujours Souvent Rarement Jamais

- Gonocoque : Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 3: Devant des mycoses vulvo-vaginales récidivantes, pratiquez- vous les examens complémentaires suivants?

Bilan sérologique IST : Toujours Souvent Rarement Jamais

NFS : Toujours Souvent Rarement Jamais

TSH : Toujours Souvent Rarement Jamais

Glycémie à jeun : Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 4: Devant des mycoses vulvo-vaginales récidivantes, recherchez- vous les facteurs favorisants suivants?

Maladies systémiques: Toujours Souvent Rarement Jamais

Maladies auto-immunes: Toujours Souvent Rarement Jamais

Prise de traitement: Toujours Souvent Rarement Jamais

Habitudes dans l'hygiène intime: Toujours Souvent Rarement Jamais

Fréquence des rapports sexuels: Toujours Souvent Rarement Jamais

Violences sexuelles: Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 5: Dans votre pratique habituelle, prescrivez- vous un traitement préventif dans le cadre d'une MV V récidivante ?

Un antifongique local seul : Toujours Souvent Rarement Jamais

Un antifongique systémique seul: Toujours Souvent Rarement Jamais

Un antifongique local et systémique(Les deux simultanément):

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 6: Quelle est la durée du traitement de fond préventif que vous prescrivez?

3 mois 6 mois 9 mois 12 mois aucun

Question 7 : Préconisez vous les conseils à visée préventive suivants?

Suppression de la douche vaginale: Toujours Souvent Rarement Jamais

Utilisation d'un savon adapté: Toujours Souvent Rarement Jamais

Conseils vestimentaires: Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 8: En cas de mycoses vulvo- vaginales récidivantes, si la femme a une contraception hormonale, lui proposez- vous une contraception non hormonale?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 9 : En cas de mycoses vulvo-vaginales récidivantes, si la femme a un DIU (hormonal ou cuivre), lui proposez-vous un autre moyen de contraception ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 10: Conseillez- vous des probiotiques chez les femmes présentant des mycoses vulvo- vaginales à répétition?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 11: Prescrivez- vous des probiotiques chez les femmes présentant des mycoses vulvo- vaginales à répétition, ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 12: Questionnez- vous l'impact sur la sexualité: fréquence, libido des femmes présentant des mycoses vulvo- vaginales récidivantes?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 13: Demandez-vous si les mycoses vulvo- vaginales à répétition ont des répercussions sur la qualité de vie du couple?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Question 14: Cochez la case qui correspond à votre spécialité:

Médecin généraliste

Gynécologue

Question 15: Quel est votre sexe?

Femme

Homme

Question 16: Quel est votre âge?

Merci pour votre participation!

Charlène LESAGE- Sarah SODKI

ANNEXE III : Tableau des résultats du questionnaire (219 réponses)

	Souvent-toujours (N (%))	Rarement-jamais (N (%))
Nombre d'épisodes par an :		
-3	79 (36,3%)	
-4	72 (32,7%)	
-5	34 (15,5%)	
- je ne sais pas	34 (15,5%)	
Pratique du PV en cas d'échec du traitement	77 (35,1%)	142 (64,9%)
Prescription du PV en cas d'échec du traitement	114 (52%)	105 (48%)
Pratique du PV en cas de récurrence	106 (48,4%)	113 (51,6%)
Prescription du PV en cas de récurrence	165 (75,3%)	54 (24,7%)
Recherche mycologique sur le PV	190 (86,8%)	29 (13,2%)
Recherche bactériologique sur le PV :		
- Mycoplasme	176 (80,4%)	43 (19,6%)
- Chlamydiae	183 (83,6%)	36 (16,4%)
- Gonocoque	158 (72,1%)	61 (27,4%)
- Gardnerella	165 (75,3%)	54 (24,7%)
Examens complémentaires :		
- Bilan IST	151 (68,9%)	68 (31,1%)
- NFS	71 (32,4%)	148 (67,6%)
- Glycémie a jeun	112 (51,1%)	107 (48,9%)
- TSH	40 (18,3%)	179 (81,7%)
Recherche Maladies systémiques et auto-immunes	62 (28,3%)	157 (71,7%)
Recherche prise de traitement	202 (92,2%)	17 (7,8%)
Exploration de l'activité sexuelle	152 (69,4%)	67 (30,6%)
Exploration des habitudes hygiène intime	217 (99%)	2 (1%)
Exploration violences sexuelles	58 (26,5%)	161 (73,5%)
Choix du traitement préventif :		
-Antifongique systémique seul	46 (21%)	173 (79%)
-Antifongique local seul	125 (57,1%)	94 (42,9%)
Association des deux	37 (16,9%)	182 (83,1%)
Durée du traitement :		
-3mois	65 (29,7%)	
-6mois	83 (37,9%)	
-9mois	2 (0,9%)	
-12mois	1 (0,5%)	
-aucun traitement	68 (31%)	
Suppression de la douche vaginale	195 (89%)	24 (11%)

Utilisation d'un savon adapté	201 (91,8%)	18 (8,2%)
Conseils vestimentaires	203 (92,7%)	16 (7,3%)
Changement d'une contraception hormonale	65 (29,7%)	154 (70,3%)
Changement d'un DIU cuivre ou hormonal	75 (34,1%)	144 (65,9%)
Conseils d'utilisation des probiotiques	143 (65,3%)	76 (34,7%)
Prescription des probiotiques	125 (57,1%)	94 (42,9%)
Recherche des répercussions sur la qualité de vie	117 (53,2%)	102 (46,8%)
Recherche l'impact sur la sexualité	120 (55%)	99 (45%)

ANNEXE IV : Analyse comparative des résultats en fonction du genre (107 femmes ; 112 hommes)

	Souvent-toujours (N (%))		Rarement-jamais (N (%))		Valeur p
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Nombre d'épisodes par an :	Femmes et Hommes (N (%) et N (%))				0,044
-3	34 (31,8%) et 45 (40,2%)				
-4	41 (38,3%) et 32 (28,6%)				
-5	21 (19,6%) et 13(11,6%)				
- je ne sais pas	11 (10,3) et 22 (19,6%)				
Pratique du PV en cas d'échec du traitement	43 (40,2%)	33 (29,7%)	64 (59,8%)	79 (70,3%)	0,140
Prescription du PV en cas d'échec du traitement	52 (48,6%)	60 (53,6%)	55 (51,4%)	52 (46,4%)	0,548
Pratique du PV en cas de récurrence	61 (57%)	45 (40,2%)	45 (43%)	67 (59,8%)	0,018
Prescription du PV en cas de récurrence	76 (71%)	87 (77,7%)	31 (29%)	25 (22,3%)	0,331
Recherche mycologique sur le PV	94 (87,9%)	96 (85,7%)	13 (12,1%)	16 (14,3%)	0,790
Recherche bactériologique sur le PV :					
- Mycoplasme	91 (85%)	85 (75,9%)	16 (15%)	27 (24,1%)	0,125
- Chlamydiae	96 (89,7%)	86 (76,8%)	11 (10,3%)	26 (23,2%)	0,0176
- Gonocoque	86 (80,4%)	71 (63,4%)	21 (19,6%)	41 (36,6%)	0,008
- Gardnerella	89 (83,2%)	75 (67%)	18 (16,8%)	37 (33%)	0,009
Examens complémentaires :					
- Bilan IST	73 (68,2%)	76 (67,9%)	34 (31,8%)	36 (32,1%)	1
- NFS	26 (24,3%)	44 (39,3%)	81 (75,7%)	68 (60,7%)	0,026
- Glycémie à jeun	50 (46,7%)	61 (54,5%)	57 (53,3%)	51 (45,5%)	0,31
- TSH	18 (16,8%)	21 (18,7%)	89 (83,2%)	91 (81,3%)	0,845
Recherche Maladies systémiques	26 (24,3%)	47 (42%)	81 (75,7%)	65 (58%)	0,009
Recherche Maladies auto-immunes	17 (15,9%)	33 (29,5%)	90 (84,1%)	79 (70,5%)	0,026
Recherche prise de traitement	38 (35,9%)	53 (47,3%)	69 (64,2%)	59 (52,7%)	0,114
Exploration de l'activité sexuelle	74 (69,2%)	77 (68,7%)	33 (30,8%)	35 (31,3%)	1
Exploration des habitudes d'hygiène intime	106 (99,1%)	110 (98,2%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	1
Exploration des violences sexuelles	32 (29,9%)	26 (23,2%)	75 (70,1%)	86 (76,8%)	0,333
Choix du traitement préventif :					
-Antifongique systémique seul	31 (29%)	14 (12,5%)	76 (71%)	98 (87,5%)	0,004
-Antifongique local seul	40 (37,4%)	53 (47,3%)	67 (62,6%)	59 (52,7%)	0,177
- Association des deux	16 (15%)	20 (17,9%)	91 (85%)	92 (82,1%)	0,691
Durée du traitement :	Femmes et Hommes (N (%) et N (%))				

-3mois		36 (33,6%) et 29 (26,1%)			
-6mois		37 (34,6%) et 45 (40,5%)			
-9mois		1 (0,9%) et 1 (0,9%)			0,641
-12mois		0 (0%) et 1 (0,9%)			
-aucun traitement		33 (30,8%) et 35 (31,5%)			
Suppression de la douche vaginale	98 (91,6%)	96 (85,6%)	9 (8,4%)	16 (14,4%)	0,239
Utilisation d'un savon adapté	99 (92,5%)	102 (91,1%)	8 (7,5%)	10 (8,9%)	0,885
Conseils vestimentaires	104 (97,2%)	97 (86,6%)	3 (2,8%)	15 (13,4%)	0,009
Changement d'une contraception hormonale	36 (33,6%)	29 (25,9%)	71 (66,4%)	83 (74,1%)	0,27
Changement d'un DIU cuivre ou hormonal	36 (33,6%)	38 (33,9%)	71 (66,4%)	74 (66,1%)	1
Conseils d'utilisation des probiotiques	85 (79,4%)	58 (51,8%)	22 (20,6%)	54 (48,2%)	0,00003
Prescription des probiotiques	76 (71%)	49 (43,7%)	31 (29%)	63 (56,3%)	0,00008
Recherche des répercussions sur la qualité de vie	54 (50,5%)	62 (55,4%)	53 (49,5%)	50 (44,6%)	0,556
Recherche l'impact sur la sexualité	62 (57,9%)	58 (51,8%)	45 (42,1%)	54 (48,2%)	0,436

ANNEXE V : Analyse comparative des résultats en fonction de l'âge (115 < 45ans ; 104 > 45ans)

	Souvent-toujours (N/%)		Rarement-jamais (N/%)		Valeur p
	<45 ans	>45 ans	<45 ans	>45 ans	
Nombre d'épisodes par an :	<45 ans et >45 ans (N (%) et N (%))				0,003
-3	30 (26,1%) et 50 (47,6%)				
-4	48 (41,7%) et 24 (23,3%)				
-5	21 (18,3%) et 13 (12,6%)				
- je ne sais pas	16 (13,9%) et 17 (16,5%)				
Pratique du PV en cas d'échec du traitement	36 (31,3%)	29 (37,9%)	79 (67,8%)	75 (62,1%)	0,407
Prescription du PV en cas d'échec du traitement	64 (55,7%)	48 (46,6%)	51 (44,3%)	56 (53,4%)	0,231
Pratique du PV en cas de récurrence	53 (46,1%)	53 (51%)	62 (53,9%)	51 (49%)	0,608
Prescription du PV en cas de récurrence	88 (76,5%)	76 (73%)	27 (23,5%)	28 (27%)	0,636
Recherche mycologique sur le PV	99 (86,1%)	91 (87,4%)	16 (13,9%)	13 (12,6%)	0,936
Recherche bactériologique sur le PV :					
- Mycoplasme	93 (80,9%)	83 (79,6%)	22 (19,1%)	21 (20,4%)	0,95
- Chlamydiae	96 (83,5%)	86 (82,5%)	19 (16,5%)	18 (17,5%)	0,995
- Gonocoque	87 (75,7%)	70 (67%)	28 (24,3%)	34 (33%)	0,206
- Gardnerella	92 (80%)	72 (68,9%)	23 (20%)	32 (31,1%)	0,085
Examens complémentaires :					
- Bilan IST	78 (67,8%)	72 (68,9%)	37 (32,2%)	32 (31,1%)	0,977
- NFS	33 (28,7%)	37 (35,9%)	82 (71,3%)	67 (64,1%)	0,319
- Glycémie à jeun	52 (45,2%)	59 (56,3%)	63 (54,8%)	45 (43,7%)	0,134
- TSH	22 (19,1%)	17 (16,5%)	93 (80,9%)	87 (83,5%)	0,743
Recherche Maladies systémiques	30 (26,1%)	44 (42,3%)	85 (73,9%)	60 (57,7%)	0,021
Recherche Maladies auto-immunes	21 (18,3%)	30 (28,8%)	94 (80,7%)	74 (71,8%)	0,116
Recherche prise de traitement	48 (42,1%)	43 (41,7%)	67 (57,9%)	61 (58,3%)	1
Exploration de l'activité sexuelle	84 (73%)	67 (64,1%)	31 (27%)	37 (35,9%)	0,201
Exploration des habitudes hygiène intime	114 (99,1%)	102 (98%)	1 (0,9%)	2 (2%)	1
Exploration violences sexuelles	30 (26,1%)	28 (27,2%)	85 (73,9%)	76 (72,8%)	0,976
Choix du traitement préventif :					
-Antifongique systémique seul	25 (21,7%)	20 (19,4%)	90 (78,3%)	84 (80,6%)	0,799
-Antifongique local seul	42 (36,5%)	50 (48,5%)	73 (63,5%)	54 (51,5%)	0,098
- Association des deux	10 (8,7%)	26 (25,2%)	105 (91,3%)	78 (74,8%)	0,0019
Durée du traitement :					0,043
-3mois	33 (28,9%) et 32 (31,1%)				
-6mois	37 (32,5%) et 45 (43,7%)				
-9mois	0 (0%) et 20 (1,9%)				
-12mois	0 (0%) et 10 (1%)				
-aucun traitement	44 (38,6%) et 23 (22,3%)				

Suppression de la douche vaginale	108 (93,9%)	87 (83,5%)	7 (6,1%)	17 (16,5%)	0,027
Utilisation d'un savon adapté	107 (93%)	94 (90,3%)	8 (7%)	10 (9,7%)	0,624
Conseils vestimentaires	109 (94,8%)	92 (88,3%)	6 (5,2%)	12 (11,7%)	0,140
Changement d'une contraception hormonale	36 (31,3%)	29 (28,2%)	79 (68,7%)	75 (71,8%)	0,720
Changement d'un DIU cuivre ou hormonal	41 (35,7%)	33 (32%)	74 (64,3%)	71 (68%)	0,675
Conseils d'utilisation des probiotiques	89 (77,4%)	55 (52,4%)	26 (22,6%)	49 (47,6%)	0,0002
Prescription des probiotiques	78 (67,8%)	54 (45,6%)	37 (32,2%)	50 (54,4%)	0,002
Recherche des répercussions sur la qualité de vie	88 (76,5%)	76 (72,8%)	27 (23,5%)	28 (27,2%)	0,636
Recherche l'impact sur la sexualité	56 (48,7%)	65 (62,1%)	59 (51,3%)	39 (37,9%)	0,064

COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aarmand@chu-angers.fr

Angers, le 4 octobre 2018

A Mme BESNIER LESAGE Charlène
A Mme SODKI Sarah

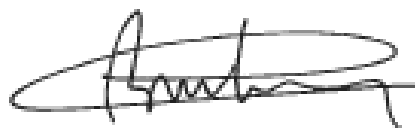
Mesdames,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 26 septembre 2018 votre étude « Démarche décisionnelle des professionnels de santé devant des mycoses vulvo-vaginales à répétition » enregistrée sous le numéro 2018/82.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquiescer des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Mesdames, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton

Démarche décisionnelle des professionnels de santé devant des mycoses vulvo-vaginales récidivantes

RÉSUMÉ

Introduction : 5% des femmes souffrent de MV V récidivantes avec au moins quatre épisodes par an. La prise en charge est globale : traitement préventif recommandé par l'HAS en 2013 par un antifongique systémique hebdomadaire pendant six mois, prise en compte des retentissements psychosociaux et préconisation de mesures préventives.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale. Un questionnaire a été envoyé par mail fin 2018 aux médecins généralistes et aux gynécologues de la Mayenne et du Maine-et-Loire. L'objectif principal était l'évaluation du traitement préventif prescrit en cas de MV V récidivantes. Les objectifs secondaires concernaient l'exploration de la prise en compte du retentissement psychosocial, la description des examens complémentaires prescrits, l'évaluation de la recherche des facteurs favorisants et la place des probiotiques. Les données ont été comparées suivant le sexe et l'âge des médecins.

Résultats : 973 questionnaires ont été envoyés, 219 analysés dont 212 remplis par les Médecins Généralistes. 72 (32,7%) connaissaient la définition, plutôt les femmes ($p=0.04$). 151 (69%) prescrivait un traitement préventif et pour six mois par 83 (37,9%). L'antifongique systémique seul était plus prescrit par les femmes ($p=0.04$). Les répercussions sur la vie de couple et l'impact sur la sexualité étaient explorés respectivement par 117 (53,2%) et 120 (55%). En cas de symptomatologie typique le PV était prescrit par 165 (75,3%) et réalisé par 106 (48,4%) en cas de récurrence des symptômes, prescrit par 114 (52%) et réalisé par 77 (35%) si échec du premier traitement. Les facteurs favorisants recherchés sont les habitudes dans l'hygiène intime par 217 (99%), la prise de traitement par 202 (92,2%), l'existence d'une sexualité active par 152 (69,4%) ; les maladies systémiques et auto-immune par 62 (28,3%) surtout pour les hommes ($p=0,009$) et chez les plus de 45 ans ($p=0.021$), les violences sexuelles par 58 (26,5%). Le conseil d'utilisation de probiotiques est fait par 143 (65,3%) et prescrit par 125 (57,1%), plutôt chez les femmes ($p=3.10^{-5}$, $p=8.10^{-5}$).

Discussion : La dimension psychologique, les facteurs favorisants et les mesures préventives sont globalement inclus dans la démarche diagnostique mais l'utilisation d'un autotest en vente libre et l'automédication peuvent limiter cet abord global.

Mots-clés : Mycose vulvo-vaginale récidivante, Médecins Généralistes, Gynécologues, retentissements psychosociaux, prévention

Decision making process of health professionals concerning recurring vulvovaginal mycosis

ABSTRACT

Introduction : 5% of women suffer from recurring MVV with at least four episodes per year. The medical response is extensive: An antifungal preventative treatment recommended by the HAS in 2013 for six months, the consideration of psychosocial impacts and recommendations for preventative measures.

Method: A quantitative, descriptive and interdisciplinary study was carried out. A questionnaire was sent by email at the end of 2018 to the general practitioners and gynaecologists of Mayenne and Maine-et-Loire. The principal objective was the evaluation of preventative treatment prescribed in the case of recurring MVV patients. The secondary objectives concerned the exploration of the consideration of the psychosocial impacts, the description of the complementary tests prescribed, the evaluation of the research of the leading factors and the appreciation of probiotics. The data was compared according to the sex and age of the doctors.

Results: 973 questionnaires were sent, with 219 responses, including 212 general practitioners. 72 (32,7%) knew the definition, women more so than men ($p=0.04$). 151 (69%) prescribed a preventative treatment, preferentially the antifungal treatment by the women ($p=0.04$), for six months by 83 (37,9%). The repercussions on the life of the couples and the impact on sexuality were explored respectively by 117 (53,2%) and 120 (55%). The PV is prescribed by 165 (75.3%) and 114 (52%) in cases of typical or recurring symptoms respectively and done in the first case by 106 (48.4%) and 77 (35%) after a second case. The leading factors researched are sexual hygiene practices by 217 (99%) ; the taking of treatment by 202 (92,2%); the existence of sexual activity by 152 (69.4%); systematic and auto-immune diseases by 62 (28.3%) especially by men ($p=0.009$) and with those older than 45 ($p=0.021$); sexual violence by 58 (26,5%). The use of probiotics is advised by 143 (65.3%) and prescribed by 125 (57.1%), more so by women ($p=3.10^{-5}$, $p=8.10^{-5}$).

Discussion: The psychological dimension, the leading factors and the preventative measures are generally included in the diagnostic process but the use of a freely sold autotest and self-medication can limit this global approach.

Keywords : Recurring vulvovaginal mycosis, General practitioners, Gynaecologists, psychosocial impacts, prevention