

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013-TOU3-1014

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2013

PAR Maria Inês LOBO FERREIRA DE SOUSA

PRISE EN CHARGE DES VULVITES ET VULVOVAGINITES CHEZ LES FILLES PRÉPUBÈRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**A PROPOS DE 47 SITUATIONS CLINIQUES RENCONTRÉES PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES MAÎTRES DE STAGE EN
GYNÉCOLOGIE-PÉDIATRIE AMBULATOIRE EN MIDI-PYRÉNÉES**

DIRECTEURS DE THÈSE :

Madame le Docteur Catherine PIENKOWSKI
Monsieur le Docteur Pierre MESTHE

JURY : Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
 Assesseur : Madame le Professeur Maithé TAUBER
 Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL
 Assesseur : Monsieur le Docteur Pierre MESTHE
 Assesseur : Madame le Docteur Catherine PIENKOWSKI

Table des matières

INTRODUCTION	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
Schéma d'étude	5
Population d'étude	5
Déroulement de l'étude	5
Données recueillies	6
Analyse des données	6
RÉSULTATS	7
Caractéristiques des médecins investigateurs	7
Description de la population	8
Motif de consultation	12
Examen physique	13
Examens complémentaires	14
Prise en charge thérapeutique	16
Diagnostics retenus	18
DISCUSSION	20
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	28

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des Universités
Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre engagement auprès des internes en Médecine générale et votre contribution manifeste dans la valorisation de la spécialité de Médecine générale.

A Madame le Professeur Maithé TAUBER

Professeur des Universités Praticien Hospitalier
Pédiatrie

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de siéger à notre jury et de bien vouloir juger notre travail. Je vous remercie pour votre écoute et vos conseils. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Professeur associé
Médecine Générale

Nous vous remercions de votre présence dans notre jury et de bien vouloir juger notre travail.

A Monsieur le Docteur Pierre MESTHE

Maître de Conférences Associé
Médecine Générale

Je vous remercie de m'avoir accompagné dans ce beau projet de recherche que nous avons pu mener à bien grâce à votre complémentarité. Je vous remercie pour votre patience et votre encouragement. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance

A Madame le Docteur Catherine PIENKOWSKI

Praticien Hospitalier
Pédiatrie

Je vous remercie de m'avoir proposé ce beau projet. Je vous remercie pour votre motivation et votre engagement dans ce travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma famille que je remercie pour son soutien tout au long de ces années.

A mes parents, c'est grâce à vous, à votre aide et votre encouragement, que je suis partie aussi loin pour accomplir ces dix longues années d'études médicales. Et aujourd'hui je peux vous le dire : ça valait l'effort ! Juste merci.

A ma mère, je te remercie pour ton dévouement et les valeurs que tu m'a transmises. J'espère suivre ton exemple pour les années qui arrivent.

A mon père, je te remercie pour ton ouverture d'esprit qui m'a permis de voyager, connaître d'autres langues, une autre culture et de me sentir comblée aujourd'hui, aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

A mes petits frères, que j'aime profondément.

Bernardo, malgré la distance, t'étais toujours là. C'est avec toi que j'ai les plus grands fous rires, on se comprend et c'est ça que j'adore. **Tomaz**, on pense toujours à toi.

A mes oncles, tantes, cousines et cousins, vous m'avez vu grandir et moi j'ai suivi vos exemples de réussite. Vous m'avez démontré qu'il suffit de le vouloir. **A Fernando**, pour son accompagnement et ses attentions tout au long de ces années.

A ceux qui ne sont plus là mais qui gardent une place irremplaçable. Je sais que vous auriez été fiers aujourd'hui.

A la famille Mora Rey qui m'a ouvert les bras et accueillie comme une des leur.

A mes amis que je remercie pour leur attachement et bonne humeur.

A mes « amies de toujours », **Maria A.** que je n'oublie jamais, on n'exercera peut-être pas dans le même cabinet mais le rêve est toujours intact. **Maria L.A.**, la P1 nous a rapprochée, ton départ encore plus ! Je te souhaite du bonheur et du succès en Médecine Interne, nos chemins professionnels se croiseront peut-être un jour. Notre amitié m'est très chère. **Inês**, nos départs ont été une source d'accomplissement professionnel et personnel, je te remercie d'avoir toujours été là pour moi. Um grande obrigada, meninas !

A ceux de mon pays d'adoption, que je remercie pour leur accueil et leur confiance.

Les « filles du foyer », c'est grâce à votre amitié et nos soirées de folie (!) que j'ai tenu ma deuxième P1. J'ai une pensée pour **Nathalie**, ma voisine et mon soutien inconditionnel, pour **Jeanne**, mon initiatrice à la culture et aux traditions locales, et pour **Célia et sa famille**, qui m'ont pris sous leur aile.

Les « filles de la fac », qui m'ont accompagné pendant quatre longues années de travail et d'apprentissage. Je suis tellement heureuse d'avoir pris le bus ces jours là et de vous avoir eu à mes côtés par la suite ! **Camille**, je te remercie pour les séances de révisions, les petits plats de midi et ta relecture (vraiment !), **Lenore**, je te remercie pour ton calme dans les moments de tempête, **Marie**, je te remercie pour ta pertinence et mon initiation à la belle vie toulousaine. Je vous souhaite plein de bonheur et de réussite ! Et je n'oublie pas **Florence et Delphine**, avec leur punch inépuisable, ni **Tanguy** (et merci pour les journées piscine pré internat !).

Les « garçons » :

Nicolas, je te remercie pour ta joie de vivre, ton amitié, les meilleures soirées et la rencontre de ma vie, on ne t'oublie jamais.

Oscar, j'ai appris à te connaître et c'est toujours un plaisir de partager du temps avec toi, que ça dure(ção) !

Joani, on peut dire que tu m'as vu « grandir », contruire mes projets et, surtout, manger avec plaisir ! Je suis heureuse d'avoir fait ta connaissance et celle de **Raphaëlle**. Nous avons encore plein de choses à partager.

Je remercie mes coexternes et cointernes pour leur soutien dans les moments difficiles et pour les moment de pur bonheur et franches rigolades pendant les stages. **Amandine**, the first, je pensais que t'étais méchante mais en fait t'es une gentille ! J'ai adoré notre semestre ensemble et encore plus la suite, les fêtes, les fous rires, le canapé et le brunch du dimanche. **Pauline**, je te remercie pour ton accueil en cette fin d'internat et ta patience depuis le début de ma thèse (c'est terminé !). A tous les autres : **Claire, Mickael, Mathieu, Emilie, Bastien, Vincent**, un grand merci !

Aux médecins et équipes médicales qui ont contribué à ma formation. Une pensée pour l'équipe d'obstétrique de Castres, avec qui j'ai adoré travailler, et pour les maîtres de stage en Médecine générale qui ont eu une place inestimable dans ma formation. Un grand merci à celui qui m'a fait découvrir et aimer la médecine générale. **Philippe** j'espère que nous continuerons notre travail d'équipe.

A Juan, « you are the sunshine of my life ». Je n'aurais pas suffisamment de place pour remercier tout ce que tu fais pour moi, ton soutien inconditionnel, ton amitié, ton amour et ta patience. Je suis heureuse de t'avoir rencontré, encore plus d'avoir partagé ces huit dernières années avec toi et ce n'est que le début, tu le sais. Une très belle aventure nous attend dans les mois à venir et j'ai hâte de partager ces moments de bonheur avec toi.

ANNEXES

Annexe 1. Lettre d'information adressée aux médecins généralistes.	30
Annexe 2. Le questionnaire de recueil des données.	31
Annexe 3. Caractéristiques des 17 MG répondants de l'étude.	32
Annexe 4. L'IMC de 34 petites filles.	33
Annexe 5. Conseils pour l'hygiène gynécologique de la fille prépubère.	34
Annexe 6. Arbre décisionnel devant une vulvite chez la fille prépubère.	35
Annexe 7. Arbre décisionnel devant une vulvovaginite chez la fille prépubère.	36

Introduction

La vulvite est considérée comme le motif de consultation le plus fréquent en gynécologie pédiatrique¹. La fréquence de cette pathologie chez la fille prépubère est liée aux particularités anatomiques (absence des petites lèvres et de la pilosité pubienne, proximité de l'anus, hymen plus ou moins large favorisant les mictions vaginales) et physiologiques (hypoœstrogénisation vulvaire et absence de flore de Döderlein).

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de cette pathologie le plus souvent bénigne et de diagnostic clinique mais dont l'intensité des symptômes, notamment de la douleur, inquiète les parents. On retrouve à l'examen un érythème des grandes lèvres, voire du périnée et de la marge anale, associé à une sensation de brûlure vulvaire, une douleur vulvaire, une dysurie sans pollakiurie ou un prurit. Devant un prurit anal et nocturne, ou une douleur abdominale nocturne, on recherche une oxyurose à l'examen de la marge anale².

À l'issue de l'examen clinique, souvent difficile en cabinet, le diagnostic de vulvite est le plus souvent posé, ne nécessitant pas le recours à un examen complémentaire. Seul le prélèvement vulvaire peut être indiqué en cas de vulvovaginite pour adapter l'antibiothérapie orale. La leucorrhée se différencie du smegma, qui est physiologique mais qui peut témoigner une hygiène insuffisante. En cas de saignement vaginal ou de leucorrhée abondante, malodorante, ou persistante, il faut éliminer un corps étranger intravaginal³. Ces cas nécessitent un avis spécialisé mais ils sont exceptionnels en Médecine générale⁴.

Cependant, la prise en charge thérapeutique est peu étudiée dans la littérature. À notre connaissance, une seule étude a été réalisée en soins primaires⁴ chez la fille prépubère et une thèse a été rédigée sur le sujet en Médecine générale⁵. Celle-ci retrouvait que 54% des médecins généralistes prescrivaient un antifongique local alors qu'il n'y a jamais de mycose vulvaire chez la fille prépubère, en dehors d'un antécédent particulier (immunodépression, diabète, antibiothérapie récente⁶).

Il n'existe pas de recommandations pour la pratique clinique émises par la Haute Autorité de Santé (HAS). Seul le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)² a publié une prise en charge thérapeutique qui repose sur des règles d'hygiène intime et des règles d'hygiène lors des mictions. On considère qu'entre 3 et 5 ans la petite fille devient autonome pour sa toilette et son hygiène peut être déficiente, notamment chez la petite fille obèse. Le manque d'hygiène est le facteur prédisposant le plus souvent évoqué dans la littérature⁷⁻¹⁰. L'intérêt thérapeutique des autres traitements proposés, comme les antibiotiques locaux, les antiseptiques ou les antiparasitaires, n'a pas été étudié.

Devant cette prise en charge peu étudiée et non uniformisée, nous nous sommes posés la question suivante : **quelle est la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites de la fille prépubère par les médecins généralistes ?**

L'objectif principal de notre étude descriptive était de connaître la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites de la fille prépubère par les médecins généralistes maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer :

- la fréquence de consultation, l'incidence et l'âge moyen de survenue de vulvites et vulvovaginites chez la fille prépubère en Médecine générale en Midi-Pyrénées,
- les facteurs associés : obésité, mode de garde/ scolarité, acquisition de la propreté, antécédents (vulvite/ vulvovaginite depuis 1 an, infection des voies respiratoires depuis 1 mois, eczéma, terrain atopique, diabète, infection urinaire, prise d'antibiotique dans les 10 jours précédents).

Matériel et méthodes

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale de pratiques, par un questionnaire en auto-évaluation sur un mode factuel, avec un recueil prospectif des données.

Population d'étude

Les sujets inclus étaient des filles prépubères consultant au cabinet de médecine générale et, pour lesquelles, le diagnostic de vulvite ou de vulvovaginite était posé par le médecin généraliste (MG).

Les filles au stade de Tanner P1 S1 A1 étaient incluses. Les filles au stade de Tanner > P1 et/ ou > S1 et/ ou > A1, les filles de moins de 2 ans et les cas de vulvovaginite dans un contexte d'abus sexuel ou de suspicion d'abus sexuel étaient exclus.

Déroulement de l'étude

L'étude a été menée du 14 mai au 31 octobre 2012. Nous avons sollicité les 42 médecins généralistes maîtres de stage de gynécologie-pédiatrie (GP) en ambulatoire, dans le cadre du Diplôme d'Études Supérieures (DES) de Médecine générale en Midi-Pyrénées, ainsi que leurs internes en stage pour la même période.

Le 11 mai 2012, une réunion d'information a eu lieu à la Faculté de Médecine de Rangueil, à Toulouse. Chaque médecin généraliste présent a reçu cinq exemplaires du questionnaire, cinq enveloppes préaffranchies et la lettre d'information (voir annexe 1). Les deux MG absents ont reçu le matériel par courrier.

Les MG ont recueilli les données à l'aide du questionnaire (voir annexe 2). Ils ont fait un recueil exhaustif de tous les cas de vulvite et de vulvovaginite chez les filles prépubères se présentant à leur cabinet avec un questionnaire par cas. Chaque questionnaire a été renvoyé anonymement par courrier ou par fax, accompagné d'une photocopie anonymisée du(es) résultat(s) de(s) l'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) et de(s) la prescription(s) médicamenteuse(s). Les MG pouvaient solliciter plus d'exemplaires du questionnaire tout au long de l'inclusion, lorsque les cinq exemplaires initiaux étaient remplis.

Tous les médecins généralistes ont reçu un premier courriel d'information au mois de mai, avec le questionnaire et la lettre d'information en annexe, et un deuxième courriel de rappel au mois de juillet.

Données recueillies

Le questionnaire a été élaboré avec le logiciel Excel 2008.

Les données recueillies étaient :

- les caractéristiques du patient : âge, poids, taille, caractéristiques du mode de garde ou de scolarité, acquisition de la propreté, antécédents personnels
- le(s) motif(s) de consultation
- le(s) signe(s) physique(s) à l'examen gynécologique
- les éventuels examens complémentaires effectués et leurs résultats
- la prise en charge thérapeutique proposée, avec le détail de la prescription et/ou la photocopie de l'ordonnance anonymisée
- les diagnostics retenus

Analyse des données

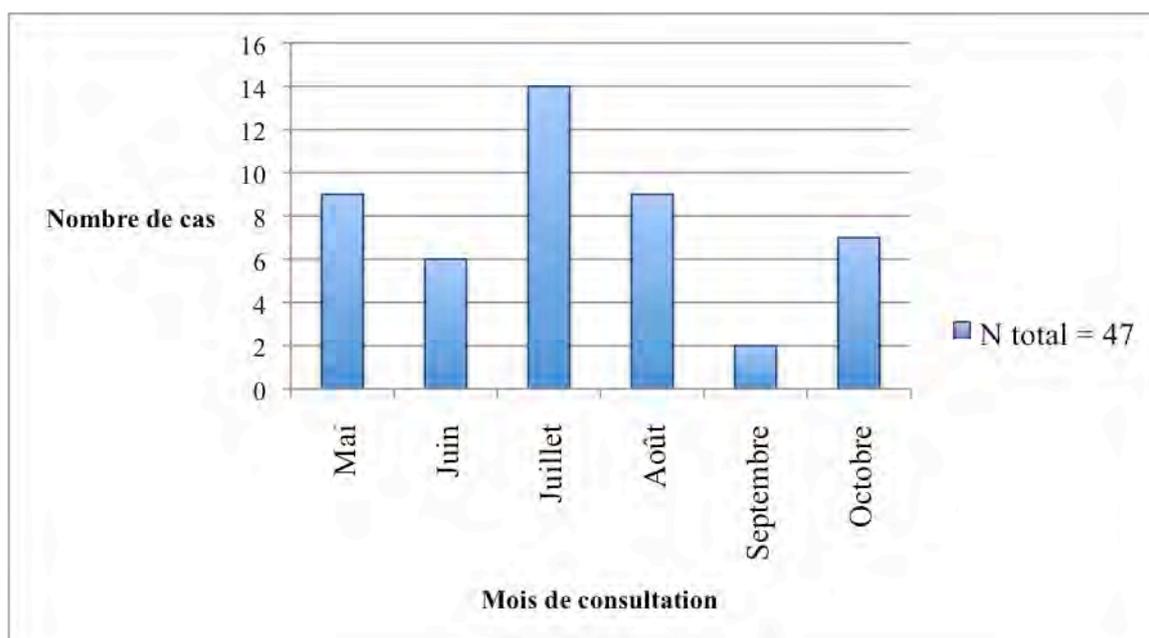
Les données issues des questionnaires ont été encodées et analysées sur le logiciel Excel 2008. La comparaison de variables qualitatives a été effectuée par le test Chi2 ou le test exact de Fisher.

Résultats

Sur les 42 médecins sollicités, seuls 17 ont renvoyé des données. Nous avons inclus 47 jeunes patientes sur les 51 questionnaires reçus. Quatre cas ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion : deux cas de moins de 2 ans, un cas de suspicion d'abus sexuel et un cas de cystite.

Nous avons eu une moyenne de 2,8 cas de vulvite ou une vulvovaginite chez la fille prépubère par MG, maître de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées, sur les 24 semaines d'inclusion. Le graphique 1 présente le nombre de cas en fonction du mois de consultation, 29,8% des cas ont été inclus au mois de juillet. Les résultats qui suivent sont exposés dans l'ordre des items du questionnaire.

Graphique 1. Nombre de cas par mois de consultation.



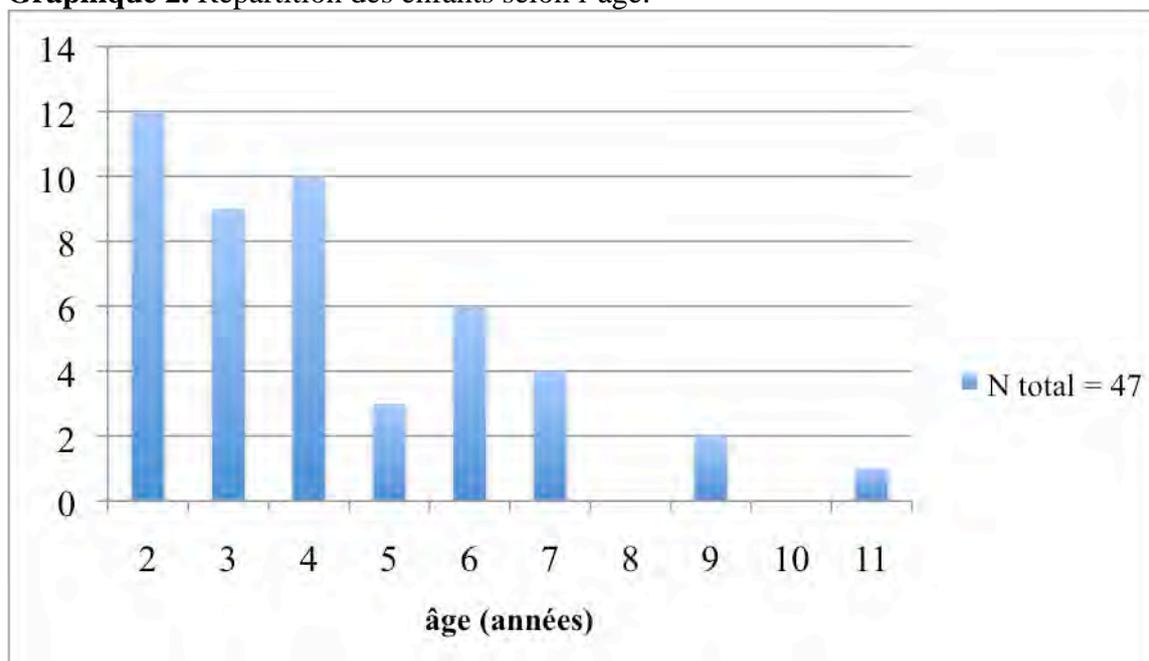
Caractéristiques des médecins investigateurs

Les 17 MG ayant répondu à l'étude étaient composés à 70,6% de femmes ; 41,2% avaient entre 30 et 39 ans et seuls 5,9% d'entre eux exerçaient en milieu rural. Les autres caractéristiques sont détaillées en annexe 3. Les 25 médecins n'ayant pas répondu étaient composés à 60% d'hommes.

Description de la population

La population de l'étude était composée de 47 filles prépubères, âgées de 24 mois à 11 ans et 5 mois. L'âge moyen était de 56,9 mois, soit 4 ans et 9 mois, et l'âge médian de 51 mois, soit 4 ans et 3 mois. La répartition des enfants en fonction de l'âge est présentée dans le graphique 2, 66% d'entre elles avaient entre 2 et 4 ans.

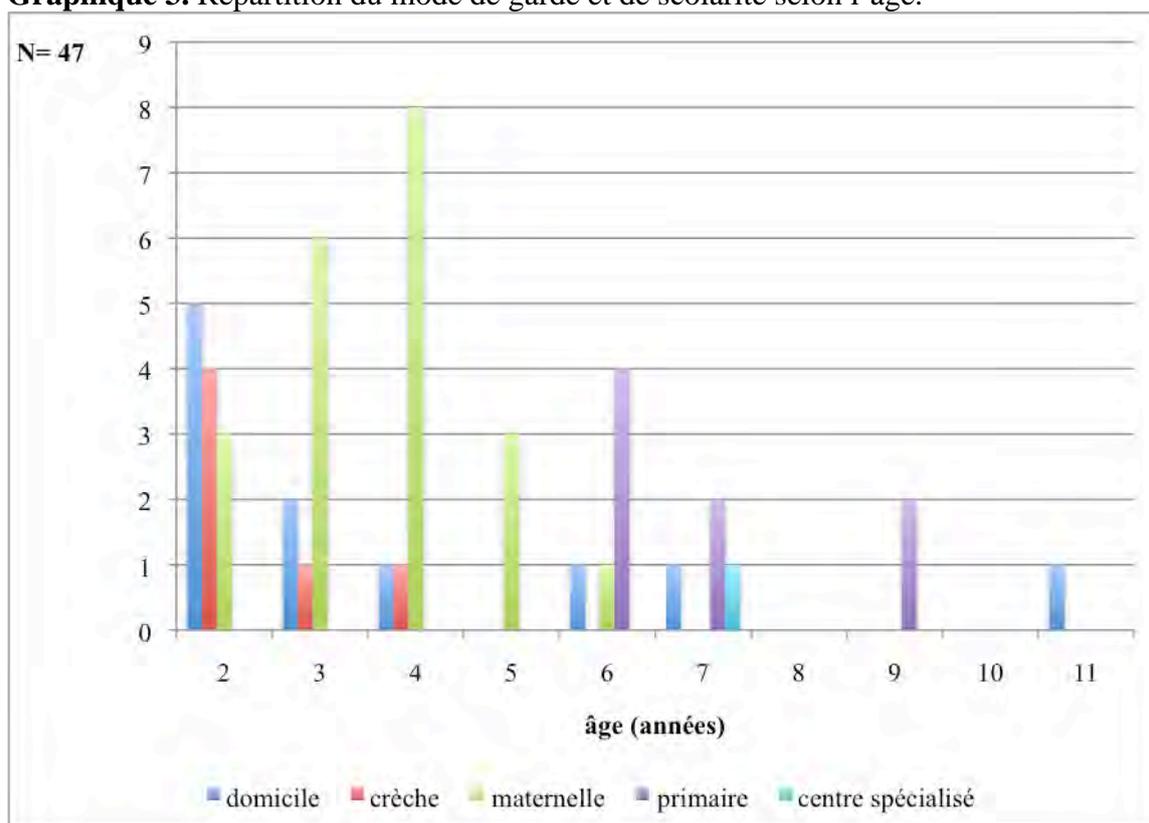
Graphique 2. Répartition des enfants selon l'âge.



Nous avons pu calculer l'indice de masse corporelle (IMC) de 34 petites filles, parmi lesquelles une seule présentait une obésité. L'IMC moyen était de 15,6 avec un z score de -0,4. La courbe d'IMC est représentée dans l'annexe 4.

Parmi les 47 enfants, 25,5% étaient gardées à domicile, 10,6% en crèche, 44,7% scolarisées en maternelle, 17% au primaire et 2,1% en centre spécialisé. Au total, 74,5% des enfants étaient gardées en dehors du domicile. Le graphique 3 représente la répartition du mode de garde et de scolarité en fonction de l'âge.

Graphique 3. Répartition du mode de garde et de scolarité selon l'âge.



Sur les 36 enfants gardées en dehors du domicile, 52,7% étaient toute la journée dans la structure d'accueil. Nous n'avons pas obtenu de réponse à l'item « journée type » du questionnaire dans 3 cas et à l'item « cantine » dans sept cas. Les données concernant la journée type sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Répartition de la journée type pour les enfants gardées en dehors du domicile.

	Journée continue	Demi-journée
	N=30 (83,3%)	N=3 (8,3%)
Avec cantine	19 (63,3%)	0
Sans cantine	4 (13,3%)	3 (100%)
NSP	7 (23,3%)	0

NSP: Ne Sait Pas

La propreté diurne était acquise dans 100% des cas dans notre population d'étude. La propreté nocturne était acquise dans 66% des cas (31 enfants). Les antécédents personnels des petites filles incluses sont détaillés dans le tableau 2. Les deux autres antécédents non détaillés sont: un cas de trouble de la coagulation et un cas de retard psychomoteur.

Tableau 2. Antécédents personnels des 47 filles incluses par ordre décroissant.

Antécédents personnels	N=47 (100%)
Vulvite/ vulvovaginite depuis 1 an	15 (32%)
Eczéma	6 (12,8%)
Infection des voies respiratoires depuis 1 mois	6 (12,8%)
Terrain atopique	4 (8,5%)
Infection urinaire	2 (4,3%)
Constipation	2 (4,3%)
Autre	2 (4,3%)
Prise d'antibiotique oral dans les 10 derniers jours	1 (2,1%)
Diabète	1 (2,1%)

Le nombre de récurrences de vulvite ou de vulvovaginite est détaillé dans le tableau 3.

Tableau 3. Nombre d'épisodes de vulvite ou de vulvovaginite depuis 1 an.

Nombre d'épisodes	N=15
1	7
2	3
5	1
8	1
12	1
NSP	2

NSP: Ne Sait Pas

Dans 68% des cas, les petites filles consultaient pour un premier épisode de vulvite ou de vulvovaginite. Dans 32% des cas, il s'agissait d'une vulvite ou d'une vulvovaginite récidivante. Le tableau 4 représente les caractéristiques des enfants ayant présenté un antécédent de vulvite ou de vulvovaginite dans l'année. Nous ne retrouvons pas de différence statistique entre les enfants gardées en journée continue ou en collectivité, ayant un antécédent d'eczéma, de terrain atopique ou d'infection des voies respiratoires depuis 1 mois, et les autres qui puisse expliquer une récurrence de vulvite ou de vulvovaginite dans l'année.

Tableau 4. Caractéristiques des enfants ayant un antécédent de vulvite ou de vulvovaginite dans l'année.

	N=15	p
Garde en collectivité	14	0,08
Garde en journée continue	12	0,1
Eczéma	1	0,6
Terrain atopique	2	0,6
Infection des voies respiratoires depuis 1 mois	1	0,6

Motif de consultation

L'érythème vulvaire et le prurit vulvaire étaient les motifs de consultation les plus fréquents, 27,7% des cas présentaient les deux symptômes. Chaque petite fille pouvait présenter un ou plusieurs signes fonctionnels à l'interrogatoire. Les autres motifs de consultation des petites filles sont détaillés dans le tableau 5.

Tableau 5. Les motifs de consultation par ordre décroissant.

Motif de consultation	N=47 (100%)
Érythème vulvaire	23 (48,9%)
Prurit vulvaire	23 (48,9%)
Dysurie	17 (36,2%)
Douleur vulvaire	12 (25,5%)
Prurit anal	6 (12,8%)
Brûlure vulvaire	5 (10,6%)
Autre	5 (10,6%)
Écoulement vaginal	4 (8,5%)
Fièvre	2 (4,3%)
Saignement vaginal	1 (2,1%)

Les deux cas consultant pour de la fièvre étaient:

- une fille de 2 ans et 8 mois présentant une infection virale à Coxsackie ne présentant pas d'écoulement vaginal,
- une fille de 5 ans et 10 mois présentant un érythème vulvaire et une dysurie sans infection urinaire ni écoulement vaginal.

Examen physique

L'examen gynécologique a été effectué dans 46 cas. Une seule fille, âgée de 4 ans, n'a pas été examinée car elle accompagnait sa soeur qui présentait les mêmes symptômes.

Le signe physique retrouvé dans 95,7% des cas était l'érythème vulvaire. Les deux cas ne présentant pas d'érythème vulvaire étaient:

- une fille de 2 ans et 9 mois consultant pour un saignement vulvaire avec des oxyures visibles à l'examen de la marge anale,
- une fille de 3 ans et 4 mois consultant pour une douleur et un prurit vulvaires avec du smegma et une fissure de la grande lèvre droite visibles à l'examen gynécologique.

Les autres signes physiques présents à l'examen sont détaillés dans le tableau 6.

Tableau 6. Les signes physiques par ordre décroissant.

Signes physiques	N=47 (100%)
Érythème vulvaire	45 (95,7%)
Oxyures visibles	7 (14,9%)
Leucorrhée	6 (12,8%)
Smegma	5 (10,6%)
Lésions de grattage	3 (6,4%)
Érythème anal	2 (4,3%)
Eczéma périnéal	1 (2,1%)
Déchirure coalescence petite lèvre	1 (2,1%)
Surinfection d'eczéma périnéal	1 (2,1%)
Fissure grande lèvre droite	1 (2,1%)
Eczéma périnéal surinfecté	1 (2,1%)
Corps étranger visible à l'examen	0
Corps étranger palpé à l'examen	0
Toucher rectal effectué	0

Examens complémentaires

Dans 49% des cas, aucun test ou examen complémentaire n'a été réalisé. Dans les 51% des cas restant, soit 24 filles, les MG ont fait un ou plusieurs examens complémentaires, pour chacune d'entre elles. Les examens effectués et les résultats sont détaillés dans le tableau 7.

Tableau 7. Les examens complémentaires réalisés.

Examens complémentaires	N=47 (100%)	Résultats
Bandelette urinaire	10 (21,3)	Positive: 0 Négative: 10
ECBU	10 (21,3)	Germe retrouvé: 0 Stérile: 10
Prélèvement vaginal ou vulvaire	6 (12,8)	Germe(s) pathogène(s): 1 Streptocoque B et 1 Streptocoque D Germe(s) non pathogène(s): 4
Scotch test	1 (2,1)	
Glycémie	1 (2,1)	
Echographie pelvienne	0	

ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

La bandelette urinaire et l'ECBU étaient les examens complémentaires le plus souvent réalisés, soit dans 42,6% des cas au total. Dans 65% des cas, l'un ou l'autre était prescrit lorsque l'enfant se plaignait de dysurie. Un ECBU a été réalisé chez les deux jeunes filles ayant un antécédent d'infection urinaire, ne présentant pas de dysurie à l'interrogatoire.

Un germe considéré comme pathogène par le MG a été retrouvé dans deux cas, un Streptocoque β -hémolytique du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) et un Streptocoque du groupe D.

Les 6 prélèvements vaginaux (PV) ou vulvaires ont été réalisés chez :

- une fille de 5 ans et 7 mois présentant un épisode de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, une leucorrhée, un érythème vulvaire et un *Streptocoque D* à 10^4 sur le PV ; nous n'avons pas le compte rendu du PV ;
- une fille de 11 ans et 6 mois, sans antécédent de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, présentant une leucorrhée et un érythème vulvaire et un *Streptococcus agalactiae* sur le PV ; nous n'avons pas le compte rendu du PV ;
- une fille de 7 ans et 6 mois présentant un épisode de vulvite/ vulvovaginite dans l'année et une leucorrhée évoquée initialement à l'examen ; le MG conclu à un smegma devant l'absence de leucocytes et de germe pathogène sur le PV ;
- une fille de 4 ans et 3 mois, sans antécédent de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, présentant une leucorrhée et un érythème vulvaire, sans leucocytes ni germe pathogène retrouvés sur le prélèvement vulvaire ;
- une fille de 4 ans et 3 mois présentant un antécédent de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, une suspicion de lichen scléro-atrophique vulvaire devant un érythème vulvaire et des lésions de grattage, sans leucorrhée ; nous n'avons pas le compte rendu du PV ;
- une fille de 6 ans et 8 mois ayant présenté cinq épisodes de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, sans leucorrhée à l'examen ; il s'agissait d'un prélèvement vulvaire, nous n'avons pas le compte rendu.

Le résultat du scotch test n'a pas été communiqué. Une glycémie, dont nous n'avons pas le résultat, a été réalisée devant une glycosurie positive sur la bandelette urinaire.

Prise en charge thérapeutique

Le tableau 8 présente le détail de la prise en charge globale, avant et après les éventuels examens complémentaires. La prise en charge « après examen complémentaire » était réalisée soit pendant la première consultation (bandelette urinaire) soit dans un deuxième temps (ECBU, PV, scotch test).

Tableau 8. Prise en charge thérapeutique par ordre décroissant.

	Total	Avant EC	Après EC	Avant et après EC
	(%)			
Règles d'hygiène intime	42 (89,4)	31	8	3
Règles lors des mictions	31 (66)	21	8	2
Crème apaisante	25 (53,2)	18	7	0
Antiparasitaire	22 (46,8)	12	10	0
Antifongique local	15 (31,9)	12	3	0
Antiseptique local	11 (23,4)	9	2	0
Antibiotique local	5 (10,6)	4	1	0
Consultation spécialisée	2 (4,3)	1	1	0
Antibiotique par voie générale	1 (2,1)	0	1	0
Dermocorticoïde	1 (2,1)	1	0	0

EC : Examen(s) Complémentaire(s)

Le Polygynax virgo® a été comptabilisé comme antifongique local et antibiotique local, même si le MG avait coché une seule case.

Les règles d'hygiène intime ont été conseillées dans 89,4% des cas. Pour la toilette, certains MG ont conseillé le savon de Marseille, le sérum physiologique ou Saugella Poligyn®. Dans 54,8% des cas, les règles d'hygiène lors des mictions ont été conseillées aux petites filles présentant une dysurie à l'interrogatoire.

Les crèmes apaisantes prescrites étaient Bépanthen® 5%, Saforelle®, Saugella®, Aloplastine®, Cicalfate® et Calendula® pour une durée de 7 jours. Les antiseptiques locaux prescrits étaient Cytéal® et éosine.

L'antiparasitaire prescrit était uniquement le flubendazole (Fluvermal®), avec des modalités de prescription différentes : 100mg en une prise unique à renouveler après 15 jours, ou 20 jours, ou une prise par jour pendant 3 jours à renouveler après 15 jours, ou 20 jours. La prescription de ce traitement était statistiquement liée à la présence d'oxyures visibles à l'examen ou à la présence d'un prurit vulvaire ($p < 0,02$) (voir tableau 9). Le prurit vulvaire était signalé dans 68% des cas.

Tableau 9. Caractéristiques des enfants traités par un antiparasitaire oral.

	N=22	p
Garde en collectivité	18	0,42
Antécédent de vulvite	8	0,53
Prurit vulvaire	15	0,01
Prurit anal	5	0,08
Oxyures visibles	7	0,003

Le Polygynax virgo® a été prescrit chez :

- une fille de 4 ans et 9 mois présentant une vulvite simple,
- une fille de 11 ans et 6 mois présentant une leucorrhée, un Streptocoque B (*Streptococcus agalactiae*) sur le prélèvement vaginal,
- une une fille de 4 ans et 3 mois présentant une leucorrhée avec prélèvement vaginal stérile et sans leucocytes.

Les autres antibiotiques locaux ont été prescrits chez :

- une fille de 4 ans et 3 mois présentant une suspicion de lichen scléro-atrophique vulvaire (Mupiderm® crème 7 jours),
- une fille de 4 ans et 8 mois présentant une vulvite associée à une oxyurose sans leucorrhée (Fucidine® crème).

Les antifongiques en crème locale prescrits étaient éconazole crème, ciclopiroxolamine (Mycoster® 1%), sertaconazole (Monazol® 2%) et l'oxyconazole (Fonx®), ainsi que la nystatine sous la forme de capsule (Polygynax virgo®), pour une durée de 5 à 15 jours.

L'antibiotique par voie générale (Amoxicilline 500 mg matin et soir pendant 8 jours) a été prescrit chez une fille de 5 ans et 7 mois présentant une leucorrhée et un Streptocoque D sur le prélèvement vaginal réalisé. Nous n'avons pas reçu le résultat du prélèvement vulvaire avec l'antibiogramme.

La consultation spécialisée a été demandée pour une fille de 4 ans et 3 mois présentant une suspicion de lichen scléro-atrophique vulvaire. Le MG a prescrit Saforelle® et Mupiderm® crème associés aux règles d'hygiène intime et lors des mictions. Le dermocorticoïde (Tridesonit® 0,05% crème) a été prescrit chez une fille de 4 ans et 11 mois présentant de l'eczéma périnéal.

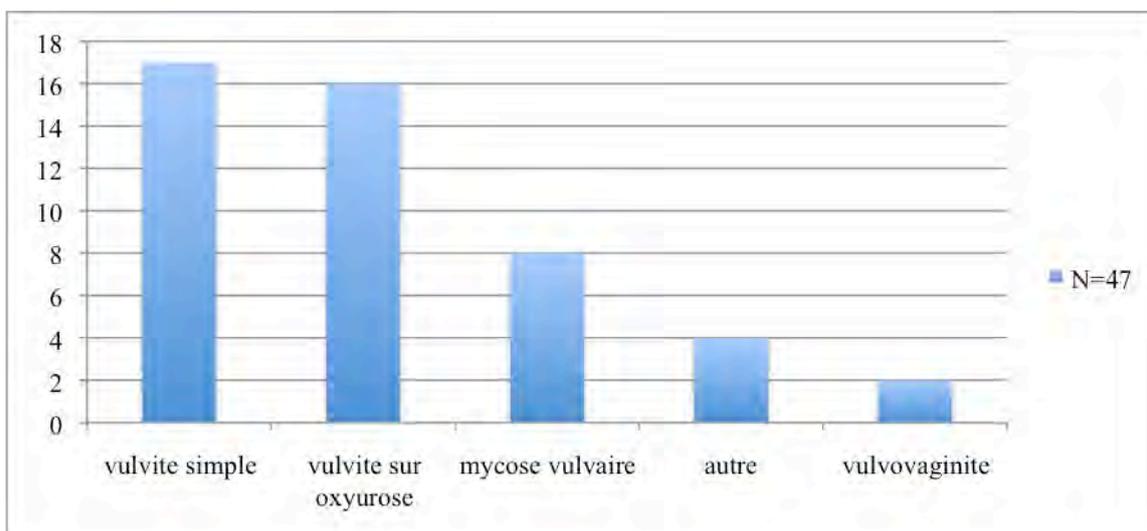
Diagnostics retenus

Le graphique 4 présente les diagnostics retenus par le MG. Dans 36,2% des cas, il s'agissait d'une vulvite simple (manque d'hygiène, irritation, ou liée à une constipation). Dans 34% des cas, il s'agissait d'une vulvite liée à une oxyurose confirmée ou suspectée. Il n'y avait pas plus de cas d'oxyurose chez les petites filles ayant un antécédent de vulvite ou de vulvovaginite par rapport à celles consultant pour la première fois ($p=0,5$). Dans 17% des cas, les MG ont diagnostiqué une mycose vulvaire. Une vulvovaginite a été retenue dans 4,6% des cas. Il s'agissait des cas suivants :

- une fille de 5 ans et 7 mois, avec un épisode de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, une leucorrhée et un Streptocoque D retrouvé sur le prélèvement vaginal ;
- une fille de 4 ans et 3 mois, sans antécédent de vulvite/ vulvovaginite dans l'année, une leucorrhée et un prélèvement vulvaire sans germe pathogène ni leucocytes.

Dans 8,5% des cas, un autre diagnostic avait été évoqué : un cas de vulvite sur eczéma, un cas de vulvite sur lichen scléro-atrophique vulvaire, un cas de vulvite suite à une déchirure de coalescence des petites lèvres et un cas de vulvite dans un contexte d'infection virale à Coxsackie.

Graphique 4. Les diagnostics retenus par les MG.



Le tableau 10 représente le traitement en fonction des trois principaux diagnostics.

Tableau 10. Prise en charge thérapeutique en fonction du diagnostic retenu.

Prise en charge thérapeutique	vulvite simple N=17 (%)	vulvite sur oxyurose N=16 (%)	mycose vulvaire N=8 (%)
Règles hygiène intime	15 (88,2)	14 (87,5)	8 (100)
Règles hygiène mictions	13 (76,5)	9 (56,3)	5 (62,5)
Antiseptique local	8 (47)	0	1 (12,5)
Crème apaisante	10 (58,8)	9 (56,3)	3 (37,5)
Antifongique local	4 (23,5)	2 (12,5)	8 (100)
Antiparasitaire	5 (29,4)	16 (100)	1 (12,5)
ATB locale	0	2 (12,5)	0
ATB générale	0	0	0
Consultation spécialisée	1 (5,9)	0	0
Dermocorticoïde	0	0	0

Discussion

Notre étude a permis d'identifier de façon inédite la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites de 47 filles prépubères par 17 MG maîtres de stage en GP ambulatoire en Midi-Pyrénées. La prise en charge thérapeutique reposait sur les règles d'hygiène intime, et lors des mictions, associée à une crème apaisante dans 53,2% des cas. Les MG ont prescrit un antiparasitaire dans 46,8% des cas et un antifongique local dans 31,9% des cas. Nous avons eu une moyenne de 2,8 cas de vulvite ou de vulvovaginite chez la fille prépubère par MG, maître de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées, sur les 24 semaines d'inclusion. L'âge moyen des 47 petites filles était de 4 ans et 9 mois dont 66% entre 2 et 4 ans. Nous n'avons pas retrouvé de facteur favorisant une vulvite ou une vulvovaginite récidivante.

Les règles d'hygiène intime ont été conseillées dans 89,4% des cas. Comme la plupart des auteurs, les MG considèrent que le manque d'hygiène favorise les vulvites. Une étude cas-témoin¹, avec 50 filles prépubères dans chaque groupe, n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant l'apprentissage de la propreté, l'essuyage d'avant en arrière, le besoin d'aide à l'essuyage, la fréquence des bains et le type de sous-vêtements. Mais les données étaient déclaratives et l'âge moyen de 6 ans. Les auteurs suggèrent le phénomène inverse avec une hygiène excessive qui est à proscrire. L'interrogatoire du médecin généraliste est donc essentiel pour adapter ses conseils en fonction des habitudes d'hygiène intime de l'enfant. Ceux-ci pourraient suffire à la guérison des vulvites simples⁴ et ils seront détaillés plus loin. Dans notre étude, les règles d'hygiène lors des mictions n'ont été conseillées que dans 66% des cas. Ceci est probablement lié à l'absence de signes urinaires dans la plupart des cas ou à la méconnaissance des mictions vaginales comme un facteur favorisant les vulvites.

On peut associer une crème locale apaisante sans parfum pour hydrater et diminuer la sensation de brûlure vulvaire liée à l'irritation locale. À noter que certaines crèmes contiennent des allergisants connus, comme la lanoline. À visée antiseptique, on peut conseiller celles qui contiennent de sels de cuivre et/ ou de zinc.

La prescription d'un traitement antiparasitaire par le MG est en accord avec le CNGOF qui le conseille dès le premier épisode de vulvite, pour ne pas méconnaître une oxyurose associée. Nous supposons que cette prescription empirique¹¹ est liée à la fréquence de l'oxyurose chez les enfants, notamment en collectivité, même si sa prévalence est méconnue. Par ailleurs, la balance bénéfique/risque favorable du flubendazole¹² inciterait les MG à prescrire un antiparasitaire devant des signes périnéaux. Dans notre étude, le flubendazole n'était pas plus prescrit chez les enfants en collectivité. Par contre, il était prescrit en cas de prurit vulvaire à l'interrogatoire et/ou d'oxyures visibles à l'examen de la marge anale. Le prurit de l'infection à *Enterobius vermicularis* est habituellement anal, vespéral et nocturne mais on peut observer un prurit vulvaire chez la petite fille, pouvant se compliquer de vulvovaginite¹³.

Le diagnostic de vulvite liée à une oxyurose, confirmée ou suspectée, était évoqué dans 34% des cas. Ce pourcentage est proche de celui de Pierce qui retrouve 32,3% d'oxyures parmi les 133 filles testées (scotch test positif ou oxyures visualisés), soit 21,5% des 200 patientes incluses. Dans notre étude, un seul scotch test a été réalisé. L'intérêt de cet examen est discuté par Stricker qui évoque la difficulté technique et le manque de fiabilité. Le scotch test doit être réalisé le matin avant la toilette intime. Nous suggérons que le traitement soit prescrit en fonction de l'interrogatoire et de l'examen physique, sans avoir recours au scotch test. Les signes évocateurs sont : prurit vulvaire et/ ou anal vespéral, douleur abdominale associée, oxyures visibles. Les prescriptions des MG n'étaient pas homogènes. La posologie préconisée pour l'oxyurose chez l'enfant est de 100 mg de flubendazole en une prise unique à renouveler 15 à 20 jours plus tard¹². Les effets secondaires (douleur abdominale, nausées) sont rares. Il ne faut pas oublier de traiter la famille et de donner les conseils de prévention.

En Médecine générale, il n'y a pas d'indication aux antifongiques locaux en première intention devant une vulvite chez la fille prépubère. Aucune étude ne retrouve la présence de *Candida albicans* sur les prélèvements vaginaux ou vulvaires effectués chez la fille prépubère présentant une vulvite^{4,11,14,15} en dehors d'un terrain particulier (immunodépression, diabète, antibiothérapie récente⁶ ou au long cours). On sait qu'en prépuberté, l'hypoœstrogénisation favorise le développement de la flore anaérobie et inhibe le développement du *Candida albicans*. Or, dans notre étude, un antifongique local a été prescrit dans 31,9% des cas. Cette prescription ne concernait pas la petite fille ayant pris un antibiotique dans les 10 derniers jours ni celle ayant un diabète.

Nous supposons qu'il s'agit soit d'une méconnaissance de la physiopathologie vulvaire en prépuberté^{5,16} soit d'une inquiétude des parents qui évoquent la mycose du nourrisson ou de la femme adulte. Par ailleurs, le traitement intravaginal, type Polygynax virgo capsule vaginale® contenant de la nystatine, est déconseillé devant son utilisation délicate et sa mauvaise tolérance chez la petite fille (sensation de brûlure vulvaire).

Dans notre étude, une vulvovaginite a été diagnostiquée dans deux cas. Dans le premier cas, le prélèvement vulvaire réalisé devant une leucorrhée ne retrouvait pas de germe pathogène ni de leucocytes. Il s'agissait probablement d'une vulvite avec une leucorrhée rétentionnelle par miction vaginale⁵. Dans le deuxième cas, le prélèvement vaginal réalisé devant une leucorrhée retrouvait un Streptocoque D à 10^4 copies. Nous ne savons pas s'il y avait des leucocytes. La présence de leucocytes permet de prédire s'il existe une infection par une bactérie pathogène avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 59%¹¹. Un deuxième germe (*Streptococcus agalactiae*) avait été retrouvé sur un prélèvement vaginal mais le MG a retenu le diagnostic de vulvite, probablement lié à l'absence de pathogénicité reconnue et/ou l'absence de leucocytes. Aucun corps étranger n'a été retrouvé, ce qui est concordant avec l'étude de Jones menée en soins primaires.

Dans le cas de vulvovaginite à Streptocoque D, le MG a prescrit de l'amoxicilline 500mg matin et soir pendant 8 jours. Devant une vulvovaginite, le CNGOF préconise une antibiothérapie orale probabiliste à large spectre pendant 8 jours, sans préciser laquelle, ou adaptée à l'antibiogramme. Dans notre cas, nous n'avons pas l'antibiogramme. Le sous-type de Streptocoque D n'est pas précisé. Il s'agit probablement d'un germe d'origine fécale avec une contamination lors du prélèvement (CFU $<10^5$). Dans la littérature, le Streptocoque D n'est pas cité comme germe pathogène. Nous pouvons considérer que le traitement prescrit n'était pas indispensable. Les vulvovaginites à Streptocoque sont à différencier de l'anite streptococcique. Il s'agit d'une dermatose périnéale intense à Streptocoque β hémolytique du groupe A. L'érythème à limite nette est à point de départ péri-anal, s'étendant ensuite à la vulve. Le traitement par amoxicilline à 50mg/kg pendant dix jours est à débiter immédiatement afin de limiter le risque de morbidité secondaire¹⁷.

Notre étude a démontré que l'intérêt du prélèvement vulvaire ou vaginal est limité en Médecine générale. Il est peu contributif en cas de vulvite et de vulvovaginite peu symptomatiques. Les germes retrouvés sont souvent commensaux et diffèrent sur deux prélèvements successifs. Dans la littérature, les germes pathogènes incriminés sont

principalement le Streptocoque β hémolytique du groupe A et l'*Haemophilus influenzae* type b. La pathogénicité des autres germes est discutée. De plus, le prélèvement avec un coton sec peut être mal toléré chez la petite fille. Le prélèvement vaginal est indiqué uniquement en cas de vulvovaginite franchement symptomatique (leucorrhée profuse, malodorante), ne cédant pas aux traitements habituels. Devant une vulvovaginite peu symptomatique, on peut préconiser des conseils d'hygiène et un antiseptique non colorant ou un savon acide. Un corps étranger intravaginal doit être exclu en cas de leucorrhée récidivante ou striée de sang. Dans ces cas particuliers, nous suggérons d'adresser la petite fille en consultation spécialisée.

Concernant les antibiotiques locaux, le MG a prescrit du Polygynax virgo® dans trois cas de vulvite. Il contient de la polymyxine B (famille des polypeptides) et de la néomycine (famille des aminosides), en plus de l'antifongique. Le CNGOF affirme qu'un antibiotique local permet d'accélérer la guérison des vulvites mais aucune étude ne permet de le confirmer. Les vulvites sans vaginite associée ne sont pas d'origine bactérienne. L'usage d'antibiotiques locaux pourrait détruire la flore bactérienne commensale de l'enfant et augmenter le risque de résistance thérapeutique en cas de vaginite ultérieure⁵. Le germe pathogène le plus souvent rencontré chez la fille prépubère (Streptocoque β hémolytique), ainsi que les germes anaérobies, sont résistants à la polymyxine B et à la néomycine systémiques. Seule la néomycine aurait une action sur l'*Haemophilus influenzae* type b, probablement moins souvent incriminé depuis la vaccination plus courante¹¹. Les concentrations in situ du Polygynax virgo® sont très supérieures aux concentrations plasmatiques mais le fabricant précise que « quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations in situ, sur les conditions physicochimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique, et sur la stabilité du produit in situ »¹⁸. L'effet secondaire signalé est un eczéma de contact. Nous avons peu d'arguments pour préconiser l'utilisation du Polygynax virgo®.

Le diagnostic différentiel recherché dans 42,6% des cas était l'infection urinaire alors qu'il n'y avait pas de dysurie dans 35% des cas ayant bénéficié d'une bandelette urinaire ou d'un ECBU. Nous supposons que devant des symptômes périnéaux, le MG redoute une cystite et la vulvite devient un diagnostic d'élimination. Or, dans la vulvite, il n'y a pas de pollakiurie. Les brûlures mictionnelles sont fréquentes car la vulve est irritée et les urines peuvent être acides du fait de la rétention mictionnelles à cet âge.

L'ECBU était autant prescrit que la bandelette urinaire alors que celle-ci est simple à réaliser, le résultat immédiat avec une valeur prédictive négative de 97% chez l'enfant, et moins coûteuse. Jones rapporte que les ECBU faits systématiquement pour tous les cas de vulvite et de vulvovaginite, chez la fille prépubère en soins primaires, sont négatifs. Nos hypothèses pour expliquer cette prescription sont les suivantes: difficulté de recueil des urines liée à l'âge de l'enfant, manque de temps lors de la consultation, installations sanitaires non adaptées. La bandelette urinaire est à privilégier en cas de doute diagnostique. L'ECBU est à réaliser en cas de BU positive ou, selon les recommandations¹⁹, devant des signes urinaires non expliqués par une inflammation périnéale.

L'examen gynécologique de la fille prépubère est indispensable afin d'éviter des prescriptions inutiles. Il s'agit d'un examen externe nécessitant l'acceptation de l'enfant et la coopération des parents. L'enfant est examinée en « position de la grenouille », allongée sur la table d'examen, jambes pliées et talons collés aux fesses.

Un cas de lichen scléro-atrophique a été suspecté par le MG. Il s'agit d'une lésion nacrée périvulvaire et périanale avec une muqueuse fine et fragile, saignant au contact. Un prélèvement vulvaire est inutile et le traitement repose sur des corticoïdes locaux²⁰. Ces cas sont rares en Médecine générale et le MG peut méconnaître leur prise en charge. Ils doivent être adressés en consultation spécialisée comme le MG l'a fait dans notre étude.

Concernant les critères secondaires, nous avons eu une moyenne de 2,8 cas de vulvite ou de vulvovaginite chez la fille prépubère par MG, maître de stage en GP ambulatoire en Midi-Pyrénées, sur les 24 semaines d'inclusion. Cela représente en moyenne 6 cas par an par MG. En 2009, l'Observatoire de Médecine Générale²¹ (OMG) a rapporté 16 cas de vulvite-vulvovaginite par an par MG soit 1,3 cas par mois par MG. Nos résultats ont pu être sous estimés. Les MG ont pu ne pas répondre de façon exhaustive. Nous ne savons pas si les 25 MG n'ayant pas répondu à l'étude n'ont pas eu de cas ou s'ils ont omis de nous renvoyer le questionnaire. Selon l'OMG, les vulvites-vulvovaginites représentent 1,52% des motifs de consultation des filles entre 2 et 9 ans. Une thèse en Médecine générale²² retrouve une valeur similaire, soit 1,46% des consultations des filles entre 2 et 6 ans consultant un interne en stage chez le MG maître de stage en GP en Midi-Pyrénées.

Nous ne savons pas combien de filles prépubères sont suivies par les 17 MG répondants de l'étude. Nous n'avons pas présenté les chiffres concernant la fréquence de consultation pour l'ensemble des patients consultant chez les 17 MG car ils sont trop faibles. L'incidence des vulvite et vulvovaginites chez la fille prépubère est estimée à 3,4‰ par l'OMG. Elle est de 5‰ dans l'étude de Jones en soins primaires au Royaume-Unis mais elle a été calculée en fonction des patients suivis par un seul médecin. Dans notre étude, nous n'avons pas de données suffisantes pour avoir une estimation fiable de l'incidence.

Dans 32% des cas il s'agissait d'une vulvite récidivante. Les parents sont souvent inquiets devant l'intensité des symptômes. Le rôle du médecin généraliste est de rassurer les parents devant cette pathologie bénigne et de les informer du risque de récurrence jusqu'à la puberté. La conduite à tenir doit être toujours identique devant les mêmes symptômes. Les principaux conseils à donner pour l'hygiène quotidienne sont : l'essuyage d'avant en arrière après chaque selle, une toilette à main nue avec un savon suivie d'un rinçage et d'un séchage complets. L'ensemble des conseils d'hygiène²³, à donner lors d'une vulvite et au quotidien, est détaillé dans l'annexe 5. Les consignes sont à expliquer aux parents et aux enfants afin de les autonomiser, notamment l'essuyage après chaque miction pour d'éviter les mictions vaginales.

L'obésité est évoquée comme un facteur favorisant potentiel des vulvites chez la petite fille^{2,20}. On suppose que la toilette pourrait être défectueuse avec un phénomène de macération locale. Dans la littérature, ce facteur n'a pas été étudié. Dans notre étude, nous avons pu calculer l'IMC de 34 filles uniquement. Une seule fille était obèse. Nous n'avons pas pu mettre ce facteur en lien avec une vulvite récidivante.

Dans les antécédents, nous avons recherché les facteurs qui favoriseraient une vulvite ou une vulvovaginite récidivante. Dans nos hypothèses initiales, il s'agissait d'une peau fragile (eczéma, terrain atopique), une immunodépression (diabète, prise d'antibiotique dans les 10 derniers jours) ou une infection récente (infection urinaire, infection des voies respiratoires dans les 30 derniers jours). Notre échantillon était probablement trop faible pour avoir une puissance statistique suffisante. Le remplissage des questionnaires a pu être partiel. Dans la littérature, les facteurs favorisants identifiés sont l'infection des voies respiratoires dans les 30 derniers jours et un épisode de vulvovaginite dans l'année⁸. Dans notre étude, l'inclusion de 29,8% des cas en juillet est liée soit aux baignades qui favoriseraient les vulvites soit à l'email de rappel envoyé aux MG.

On pourrait supposer que les enfants gardés en dehors du domicile ou scolarisés en journée continue auraient des mictions moins fréquentes, favorisant les vulvites d'irritation sur des urines acides, et une hygiène insuffisante avec des mictions vaginales plus fréquentes, favorisant les vulvovaginites. Notre échantillon était probablement trop faible pour avoir une puissance statistique suffisante. Nous pouvons également supposer que la fréquence des mictions et la qualité de l'hygiène effectuée par l'enfant sont identiques à domicile, en crèche et à l'école.

Notre étude est inédite. Elle a permis d'identifier la prise en charge thérapeutique effective des vulvites et des vulvovaginites chez la fille prépubère en Médecine générale en Midi-Pyrénées. Les données ont été recueillies de manière prospective afin de limiter un biais de mémorisation. Les données étaient factuelles, issues du dossier du patient, et donc avec un recueil plus rigoureux que le recueil déclaratif. Nous voulions un recueil exhaustif afin de limiter un biais de sélection.

D'après les données recueillies, nous avons établi un arbre décisionnel devant une vulvite (voir annexe 6) ou une vulvovaginite (voir annexe 7) chez la fille prépubère consultant au cabinet du médecin généraliste. Les vulvovaginites liés à un abus sexuel n'ont pas été abordées dans notre étude, il s'agissait d'un critère d'exclusion. Ces cas particuliers relèvent d'une prise en charge médico-légale complexe, même s'il faut y penser devant une fille prépubère présentant une vulvovaginite en Médecine générale.

Cependant, nous n'avons pas de données sur le suivi ultérieur des enfants. Nous ne pouvons pas conclure de l'efficacité des recommandations alléguées et des traitements préconisés. Les MG recrutés n'ont pas été tirés au sort et, en tant que maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie, ils sont probablement plus sensibilisés à la pathologie gynécologique de la fille prépubère. Nos résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des MG mais nos propositions peuvent être reprises par n'importe quel médecin généraliste en pratique de ville.

Enfin, cette étude a participé à la formation des internes en gynécologie pédiatrique en collaboration avec le Département Universitaire de Médecine Générale (D.U.M.G) de Midi- Pyrénées.

Conclusion

Notre étude a permis d'identifier de façon inédite la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites chez la fille prépubère par les médecins généralistes maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une vulvite simple dont le traitement repose sur des conseils d'hygiène intime et lors des mictions. Le médecin généraliste a une place privilégiée pour adapter ses conseils à l'enfant qu'il connaît bien. Il doit pouvoir rassurer les parents, qui sont souvent inquiets devant cette pathologie bruyante mais bénigne, et les informer des récurrences fréquentes dans 32% des cas jusqu'à l'âge de la puberté. L'âge moyen de survenue de cette pathologie est de 4 ans et 9 mois.

Dans 34% des cas, une oxyurose peut être à l'origine de la vulvite. Un traitement par antiparasitaire oral peut être prescrit en cas de prurit vulvaire et/ou anal, ou devant des oxyures au niveau de la marge anale, sans recourir au scotch test. Il n'y a pas d'indication aux traitements antifongiques locaux en Médecine générale, en dehors d'un terrain particulier (immunodépression, diabète, antibiothérapie récente ou au long cours).

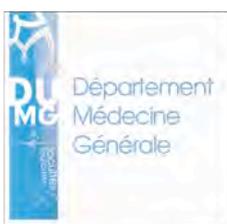
Les vulvovaginites sont beaucoup moins fréquentes que les vulvites en Médecine générale. L'intérêt du prélèvement vaginal est donc limité. Il doit être réalisé en cas de vulvovaginite très symptomatique afin d'adapter l'antibiothérapie. Mais devant une leucorrhée profuse, malodorante et récidivante, l'avis du spécialiste est nécessaire afin d'éliminer un corps étranger intravaginal.

Bibliographie

1. Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child*. 1999 Jul;81(1):64-67.
2. Duflos-Cohade C. Vulvo-vaginites de l'enfant prépubère. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Paris, 2007.
Disponible sur : www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GM_005_duflos.pdf
3. Smith YR, Berman DR, Quint EH. Premenarchal vaginal discharge: findings of procedures to rule out foreign bodies. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002 Aug;15(4):227-30.
4. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in practice. *Family Practice* 1996; 13: 369-372.
5. Hanrot G. Pathologies gynécologiques courantes chez la petite fille prépubère en médecine générale : enquête de pratiques auprès de 50 médecins généralistes des Hautes-Pyrénées. Thèse d'exercice : Médecine générale. Université de Toulouse ; 2008.
6. Banerjee K, Curtis E, de San Lázaro C, Graham JC. Low prevalence of genital candidiasis in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2004 Sep;23(9):696-8.
7. Arsenault PS, Gerbie AB. Vulvovaginitis in the preadolescent girl. *Pediatr Ann*. 1986 Aug;15(8):577-9, 583-5.
8. Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, Frishmuth G. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. *Pediatrics*. 1982 Aug;70(2):193-198.
9. Pierce AM, Hart CA. Vulvovaginitis: causes and management. *Arch Dis Child* 1992 Apr;67:509-512.
10. Cuadros J, Mazón A, Martínez R, *et al*. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr*. 2004 Feb;163(2):105-7.
11. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child*. 2003 Apr;88(4):324-6.
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Commission de la Transparence. Avis du 29 février 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/fluvermal_29022012_avis__ct11214.pdf.
13. CMIT. Parasitoses intestinales. In E. PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2008 : pp 545-549.
14. Hammerschlag MR, Alpert S, Rosner I, *et al*. Microbiology of the vagina in children: normal and potentially pathogenic organisms. *Pediatrics*. 1978 Jul;62(1):57-62.
15. Gerstner GJ, Grünberger W, Boschitsch E, Rotter M. Vaginal organisms in prepubertal children with and without vulvovaginitis. A vaginoscopic study. *Arch Gynecol*. 1982;231(3):247-252.

16. Cox RA, Slack MP. Clinical and microbiological features of *Haemophilus influenzae* vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol* 2002;55:961-964.
17. Souillet AL *et al.* Anite périnéale streptococcique. *Archives de pédiatrie*, 2000, vol. 7, n°11, pp. 1194-1196.
18. Monographie du Polygynax virgo® capsule vaginale. Vidal. Disponible sur: http://www.vidal.fr/Medicament/polygynax_virgo-13498.htm.
19. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires du nourrisson et de l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Février 2007. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php.
20. Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. EMC, Paris, Elsevier éd., [4-107-D-20], 2011.
21. Observatoire de Médecine Générale. Disponible sur: www.omg.sfmfg.org.
22. Laurent C. Pratique clinique en pédiatrie des internes en Médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie, en cabinet de Médecine générale en Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice. Université de Toulouse ; 2013.
23. Mesthe P, Hanrot G, Brillac T, Bismuth M, Pienkowski C, Oustric S. Vulvite de la petite fille prépubère. *La Revue du praticien. Médecine générale*. 2010, n°838, pp. 234-235.

Annexe 1. Lettre d'information adressée aux médecins généralistes.



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Toulouse, le 10 mai 2012

à Mesdames et Messieurs les Praticiens Agréés MSU de gynécologie pédiatrie ambulatoire,

Chers collègues, chers amis,

Comme chaque semestre, un projet de recherche porté par le Département Universitaire de Médecine Générale s'intègre au stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire.

A ce titre, nous sollicitons votre participation à cette étude sur **la prise en charge des vulvites et des vulvo vaginites de la petite fille pré pubère en médecine générale.**

Ce travail s'intègre dans le cadre d'un projet en partenariat entre le Département de Médecine Générale (coordonnateur Pr Stéphane OUSTRIC), et le service de gynécologie pédiatrique de l'Hôpital des enfants (Dr Catherine PIENKOWSKI).

Ce questionnaire a pour but de recueillir des données inédites en soins primaires dans le cadre de votre activité quotidienne.

Vos réponses resteront anonymes. Nous vous proposons de compléter ce document (5 minutes environ) devant toute vulvite ou vulvo vaginite de la petite fille et de le retourner, à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe ou par télécopie, à Madame Inès Lobo, Interne en Médecine Générale.

Nous vous prions de bien vouloir joindre **simultanément** au questionnaire une copie anonymisée des résultats des éventuels examens complémentaires réalisés et des différentes prescriptions médicamenteuses.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à cette étude dont nous vous communiquerons les principaux résultats.

Nous vous prions d'agréer, chers collègues, chers amis, nos sincères et confraternelles salutations.

Le DUMG

Pour nous contacter ou pour toute demande d'information : www.dumg-toulouse.fr
Département de Médecine Générale – Faculté de médecine RANGUEIL
133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex

Pr Stéphane OUSTRIC stephane.oustric@dumg-toulouse.fr Coordonnateur du DES de Médecine Générale Coordonnateur du DUMG et de la Recherche	
Pr Philippe ARLET arlet.ph@toulouse.fr Directeur du DUMG	
Dr Brigitte ESCOURROU brigitte.escourrou@dumg-toulouse.fr Directrice adjointe du DUMG – Communication	
<i>Responsables universitaires</i>	
Dr Pierre MESTHE pierre.mesthe@dumg-toulouse.fr Enseignement	
Pr Marc VIDAL marc.vidal@dumg-toulouse.fr Pédagogie	
Pr Jean-Christophe POUTRAIN jc.poutrain@dumg-toulouse.fr Stages pratiques – Tutorat	
Dr Michel BISMUTH michel.bismuth@dumg-toulouse.fr Evaluation	
Dr Pierre BOYER pierre.boyer@dumg-toulouse.fr Site Internet – T.L.C.E. - e-santé	
<i>Responsables des pôles</i>	
Dr Serge BISMUTH serge.bismuth@dumg-toulouse.fr Vieillesse et dépendance à domicile - e-santé	
Dr Marie Eve ROUGE BUGAT marieeve.rougebugat@dumg-toulouse.fr Patients cancéreux en soins de premier recours Douleurs et Soins Palliatifs à domicile	
Pr Jean-Christophe POUTRAIN jc.poutrain@dumg-toulouse.fr Médicament et Prescription en Médecine Générale	
Dr Thierry BRILLAC thierry.brillac@dumg-toulouse.fr Santé de la Femme	
Dr Michel BISMUTH michel.bismuth@dumg-toulouse.fr Santé de l'enfant	
Dr Yves ABITTEBOUL yves.abitteboul@dumg-toulouse.fr Médecine et Traumatologie du sport	
Dr Serge ANE serge.ane@dumg-toulouse.fr Dr André STILLMUNKES andre.stillmunkes@dumg-toulouse.fr Éducation thérapeutique en Soins Primaires	
<i>Chef de Clinique Universitaire</i>	
Dr Marie Eve ROUGE BUGAT marieeve.rougebugat@dumg-toulouse.fr	
Dr Jean Pascal FOURNIER jp.fournier@dumg-toulouse.fr	
Dr Julie SUBRA julie.subra@dumg-toulouse.fr	
<i>Enseignants associés au DUMG</i>	
Pr Thierry MARMET thierry.marmet@dumg-toulouse.fr Douleurs et Soins Palliatifs	
<i>Enseignants correspondants</i>	
Dr Pierre - André ATTARD (31) - Dr Philippe ABOUT (31) Dr Gilles ALQUIER (31) - Dr Maurice BENIASZ (09) Dr Jordan BIREBENT (09) - Dr Francis BONENANT (82) Dr Marc BONNEFOY (31) - Dr Jean Paul BRYENS (31) Dr Odile BOURGEOIS (31) - Dr Philippe BOULANGER (11) Dr Jean Paul CARMÉ (31) - Dr Christiane CERNA (31) Dr Brune CHICOU-LAA (31) - Dr Claude CORBAZ (31) Dr Marie Christine CORBAZ (31) - Dr Serge FURT (31) Dr Moutou DELAHAYE (12) - Dr Anne FREYENS (31) Dr Claude GENDRE (46) - Dr Charles HAMBourg (31) Dr Philippe LARDY (31) - Dr Christian LAURENT (31) Dr Léila LATROUS (31) - Dr Susanna MARQUIS (82) Dr Virginie QUENTIN (63) - Dr Patrick MAVIEL (12) Dr Christian NICOLAS (82) - Dr Michèle PÉRE SAUS (65) Dr Jean Luc REGIS (81) - Dr Bernard RICO (31) Dr Jean Luc SOLYRE (31) - Dr Jean Luc RASTRELLI (09) Dr Sylvaine TOULEMONDE (32) - Dr Noël WUTHIER (32)	
<i>Réassurances - Correspondances</i>	
Mme Marie Christine MORICE Responsable Administrative 3 ^{ème} Cycle MG Tel : 05 62 88 90 48	

Annexe 2. Le questionnaire de recueil des données.

FAX: 05.62.36.28.48

date de consultation: _____

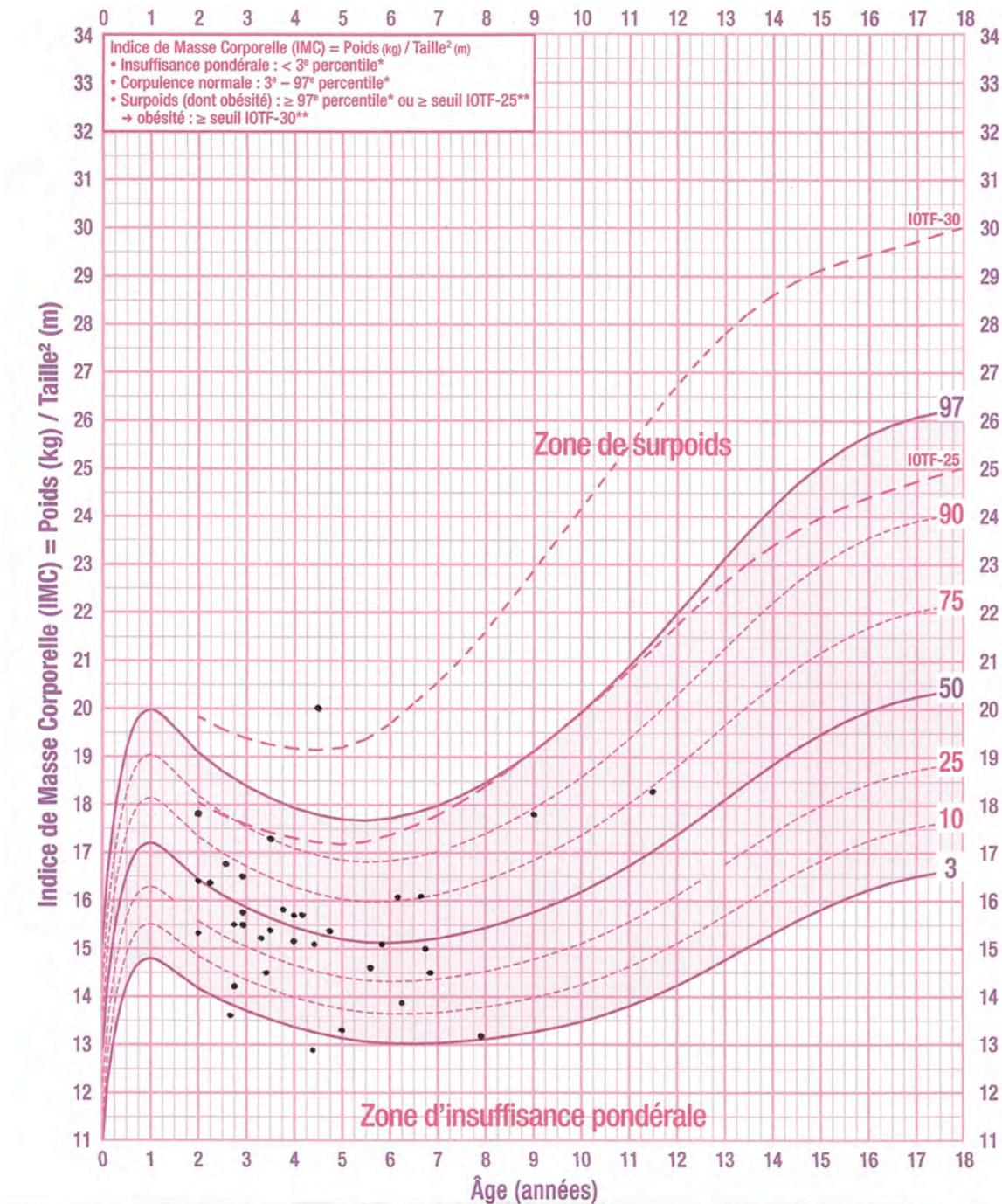
cas n°: _____

médecin	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		AGE <input type="text"/>	
	Nombre d'années d'installation: <input type="text"/>		Nombre de consultations moyenne/ semaine: <input type="text"/>	
Activité en zone: urbaine <input type="checkbox"/> semi- rurale <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/>				
Patient	Age _____ ans _____ mois		poids: _____ taille: _____	
	Moyen de garde/ scolarité <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> primaire		Journée type <input type="checkbox"/> journée continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> demi journée <input type="checkbox"/> NON	
	Propreté acquise <input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne			
	Antécédents personnels <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> terrain atopique <input type="checkbox"/> infection voies respiratoires depuis 1 mois? <input type="checkbox"/> vulvite/ vulvovaginite depuis 1 an? si oui, nombre? _____ <input type="checkbox"/> prise d'antibiotique dans les 10 derniers jours? <input type="checkbox"/> diabète _____ <input type="checkbox"/> autre: _____ <input type="checkbox"/> infection urinaire			
Motif consultation	<input type="checkbox"/> douleur vulvaire <input type="checkbox"/> prurit vulvaire <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> prurit anal <input type="checkbox"/> autre motif: lequel? _____ <input type="checkbox"/> écoulement vaginal <input type="checkbox"/> érythème vulvaire _____ <input type="checkbox"/> saignement vulvaire <input type="checkbox"/> sensation brûlure vulvaire			
	<input type="checkbox"/> effectué <input type="checkbox"/> érythème vulvaire <input type="checkbox"/> leucorrhée <input type="checkbox"/> non effectué <input type="checkbox"/> oxyures visibles <input type="checkbox"/> smegma <input type="checkbox"/> toucher rectal fait <input type="checkbox"/> corps étranger palpé <input type="checkbox"/> corps étranger visible <input type="checkbox"/> autre: _____			
Examens gynécologiques	<input type="checkbox"/> effectué <input type="checkbox"/> érythème vulvaire <input type="checkbox"/> leucorrhée <input type="checkbox"/> non effectué <input type="checkbox"/> oxyures visibles <input type="checkbox"/> smegma <input type="checkbox"/> toucher rectal fait <input type="checkbox"/> corps étranger palpé <input type="checkbox"/> corps étranger visible <input type="checkbox"/> autre: _____			
	<input type="checkbox"/> prélevement vaginal <input type="checkbox"/> germe pathogène mis en cause? _____ <input type="checkbox"/> bandelette urinaire <input type="checkbox"/> échographie pelvienne <input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> autre: _____			
Prise en charge proposée	Avant		Après résultats examens complémentaires	
	règles d'hygiène intime <input type="checkbox"/> règles d'hygiène lors des mictions <input type="checkbox"/> antiseptique local <input type="checkbox"/> crème/lotion apaisante <input type="checkbox"/> antifongique local <input type="checkbox"/> antiparasitaire type flubendazole <input type="checkbox"/> antibiothérapie locale <input type="checkbox"/> antibiothérapie voie générale <input type="checkbox"/> consultation spécialisée <input type="checkbox"/> autre: _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nom/posologie médicament prescrit: _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
quel diagnostic est retenu? _____				

Annexe 3. Caractéristiques des 17 MG répondants de l'étude.

	Total
Sexe	
Homme	5 (29,4%)
Femme	12 (70,6%)
Âge	
30-39	7 (41,2%)
40-49	5 (29,4%)
50-59	4 (23,5%)
60-69	1 (5,9%)
Nombre d'années d'installation	
1 à 9	7 (41,2%)
10 à 19	5 (29,4%)
20 à 29	3 (17,6%)
30 à 39	2 (11,8%)
Nombre de consultations en moyenne/semaine	
20-59	1 (5,9%)
60-99	6 (35,3%)
100-139	6 (35,3%)
140-179	4 (23,5%)
Lieu d'exercice	
urbain	5 (29,4%)
semi-rural	11 (64,7%)
rural	1 (5,9%)

Annexe 4. L'IMC de 34 petites filles.



Annexe 5. Conseils pour l'hygiène gynécologique de la fille prépubère.

Pour la toilette

- Toilette génitale quotidienne : debout, jambes écartées, à la douchette.
- Utiliser un savon blanc alcalin sans parfum ni colorant pour éviter les allergies. Antiseptiques déconseillés pour la toilette quotidienne.
- En cas d'irritation, utiliser un pain dermatologique sans savon.
- Insister lors du nettoyage au niveau des plis.
- Rinçage abondant, notamment après un bain, avec un séchage méticuleux afin d'éviter la macération.

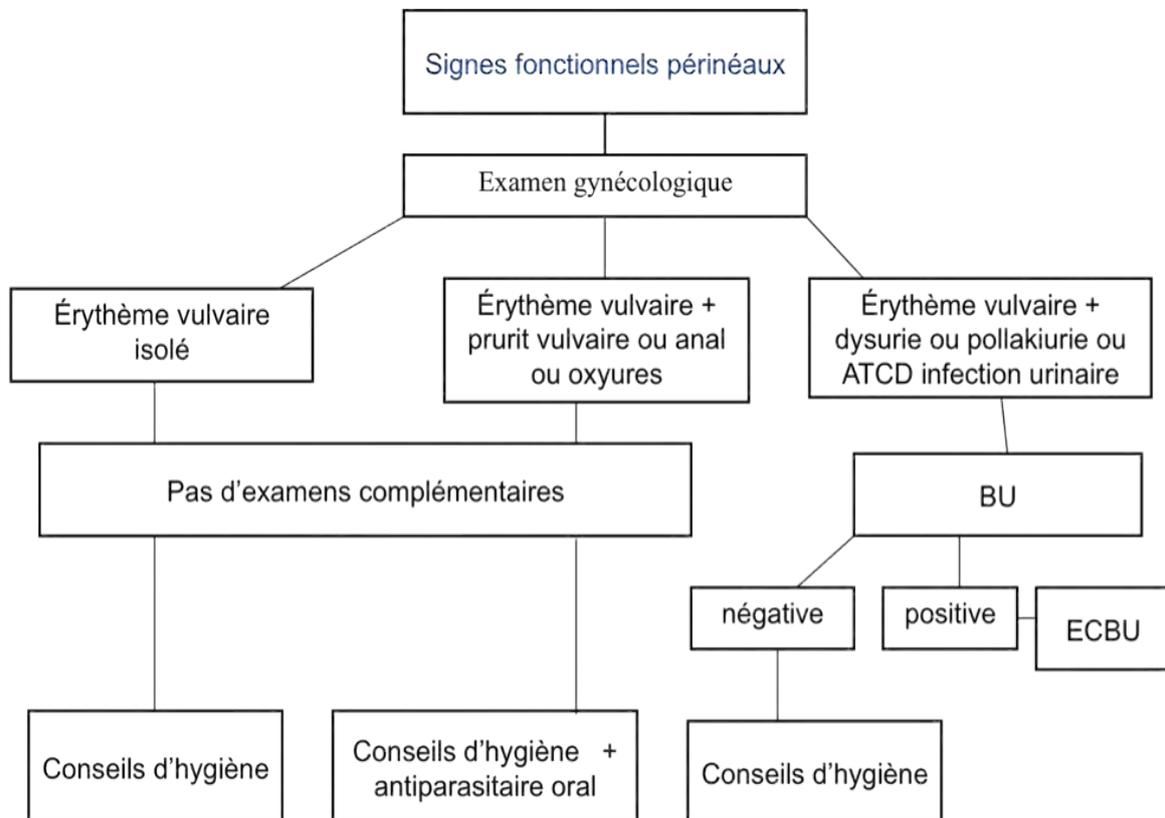
Aux toilettes

- Uriner les cuisses bien écartées.
- Après la miction, s'essuyer la vulve d'avant en arrière sans toucher l'anus afin d'éviter la contamination par les germes contenus dans les selles. Se tamponner la région vulvaire pour éliminer les résidus d'urine.
- Après la selle, s'essuyer l'anus d'avant en arrière pour les mêmes raisons.
- Préférez un papier toilette non parfumé et non coloré.
- Aller aux toilettes régulièrement. Éviter de se retenir.
- Toujours bien se laver les mains avec du savon après être allée aux toilettes.
- À l'extérieur, couvre-siège ou désinfection du siège.

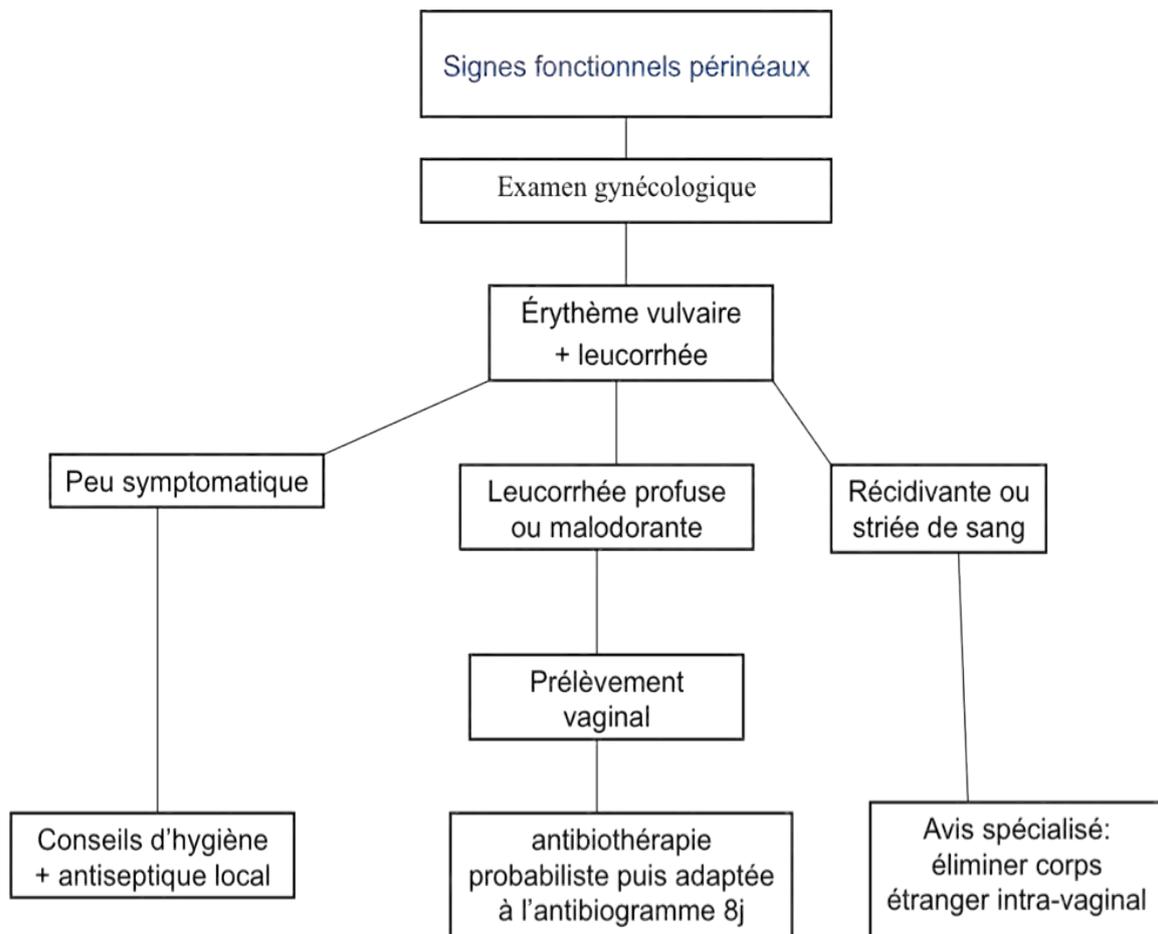
Sous-vêtements et vêtements

- Éviter les vêtements ou sous-vêtements trop serrés.
- Préférer les sous-vêtements et la lingerie en coton.
- Changer tous les jours de sous-vêtements.
- Laver les sous-vêtements à plus de 60 °C en évitant les lessives trop agressives et les assouplissants (irritants).
- Ne pas les laisser traîner sur le sol avant de les porter.
- Ne pas échanger, même propres, ses vêtements avec ceux d'une autre.
- Ne pas garder sur soi un maillot de bain mouillé.

Annexe 6. Arbre décisionnel devant une vulvite chez la fille prépubère.



Annexe 7. Arbre décisionnel devant une vulvovaginite chez la fille prépubère.



Introduction : Le médecin généraliste (MG) est en première ligne dans la prise en charge des vulvites et vulvovaginites chez la fille prépubère. Objectif principal : connaître la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites de la fille prépubère par les MG maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées. Objectifs secondaires : déterminer la fréquence de consultation, l'incidence, l'âge moyen et les facteurs associés. **Matériel et méthodes :** Étude descriptive transversale de pratiques par un questionnaire en auto-évaluation, recueil prospectif et exhaustif des cas, de mai à octobre 2012. Critères d'inclusion : filles prépubères consultant au cabinet du MG avec un diagnostic de vulvite ou de vulvovaginite. Critères d'exclusion: stade de Tanner > P1 et/ ou > S1 et/ ou > A1, < 2 ans, suspicion d'abus sexuel. **Résultats :** 47 filles prépubères (âge moyen : 4 ans et 9 mois) ont été incluses pour 17 MG soit 2,8 cas par MG sur 24 semaines d'inclusion. La prise en charge thérapeutique reposait sur les règles d'hygiène intime (89,4%) parfois associée à un antiparasitaire (46,8%) ou un antifongique local (31,9%). Nous n'avons pas retrouvé de facteur favorisant une vulvite ou une vulvovaginite récidivante. **Conclusions :** La prise en charge de la vulvite simple repose sur des conseils d'hygiène. Le MG rassure les parents inquiets devant cette pathologie bruyante mais bénigne. Les récurrences sont fréquentes (32%) jusqu'à l'âge de la puberté. Dans 34% des cas, une oxyurose est à l'origine de la vulvite. Il n'y a pas d'indication aux traitements antifongiques locaux en Médecine générale, en dehors d'un terrain particulier. Les vulvovaginites sont beaucoup moins fréquentes que les vulvites en Médecine générale. L'intérêt du prélèvement vaginal est donc limité.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés: Médecine générale, gynécologie pédiatrique, vulvite, vulvovaginite, fille prépubère.

Faculté de Médecine Rangueil-133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex4-France

Directeurs de thèse : PIENKOWSKI Catherine, MESTHE Pierre

Management of prepubertal girls vulvitis and vulvovaginitis in general practice.

Introduction: General practitioner (GP) is the first in line for vulvitis and vulvovaginitis management in prepubertal girls. Main objective: Determine therapeutic management of vulvitis and vulvovaginitis of prepubertal girls by gynecology-pediatric ambulatory GP tutors in Midi-Pyrenées. Secondary Objectives: Determine consultations frequency, incidence, average age and associated factors. **Materials and Methods:** Descriptive study of practices made through a self-assessment questionnaire and a prospective collection of cases from May to October 2012. Inclusion criteria: prepubertal girls consulting GP with vulvitis or vulvovaginitis. Exclusion criteria: Tanner stage > P1 and / or > S1 and / or > A1, <2 years old, sexual abuse. **Results:** 47 prepubertal girls (average age: 4 years and 9 months) were included by 17 GP, with 2.8 cases per GP on 24 inclusion weeks. The therapeutic care was based on hygiene measures (89.4%), with a threadworms treatment (46.8%) or a local antifungal cream (31.9%). We didn't find any factor favoring recurrent vulvitis or vulvovaginitis. **Conclusions:** The vulvitis treatment is based on intimate hygiene advice given by GP, which reassures alarmed parents by this noisy but benign pathology. Recurrences are frequent (32%) until the age of puberty. In 34% of cases, pinworms is causing vulvitis. There is no indication for GP to local antifungal treatment outside a particular field. Vulvovaginitis are less frequent than vulvites in general practice. The interest of the vaginal swab is limited.