

Vaginose bactérienne

Michal Braunstein MD, Amanda Selk MD MSc

■ *CMAJ* 2024 September 23;196:E1094-5. doi : 10.1503/cmaj.231688-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 June 3;196:E728. doi : 10.1503/cmaj.231688

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231688

1 La vaginose bactérienne constitue la cause la plus fréquente d'écoulements vaginaux anormaux, touchant de 23%–30% des personnes en âge de procréer

La vaginose bactérienne est causée par une perturbation de l'équilibre du microbiote vaginal. Les symptômes comprennent des démangeaisons, une dysurie et un écoulement clair et grisâtre présentant une « odeur de poisson », particulièrement après le coït. Parmi les facteurs de risque, on compte la pratique du tabagisme et des rapports sexuels non protégés, dont des rapports oraux^{1,2}.

2 On associe la vaginose bactérienne à d'autres risques médicaux

Elle accroît la susceptibilité aux infections transmissibles sexuellement, comme les infections au VIH, à *Chlamydia trachomatis*, à *Neisseria gonorrhoeae*, à *Trichomonas vaginalis*, au virus du papillome humain et au virus de l'herpès simplex¹. Une vaginose bactérienne pendant la grossesse augmente les risques d'avortement spontané, de rupture prématurée des membranes, d'un déclenchement avant terme du travail et de l'accouchement, d'une chorioamnionite et d'infections postnatales³. On recommande aux personnes enceintes présentant un risque accru de naissance prématurée entre 12 et 16 semaines de subir un test de dépistage et d'obtenir un traitement contre la vaginose bactérienne, même si elles ne présentent pas de symptômes³. Des tests de dépistage de routine ne sont pas nécessaires chez les femmes asymptomatiques, qu'elles soient enceintes ou non^{1,2}.

3 Généralement, on pose le diagnostic après une culture de prélèvements des écoulements vaginaux

On présume une vaginose lorsque 3 critères parmi les suivants sont présents : un écoulement clair et homogène, un pH vaginal supérieur à 4,5, un test de l'odeur (« Whiff test ») positif (une « odeur de poisson » observable après l'application d'une solution à 10 % d'hydroxyde de potassium sur l'échantillon d'écoulement vaginal) et une observation sous microscope de l'écoulement vaginal montrant la présence de cellules suspectes (cellules épithéliales vaginales couvertes de bactéries à Gram négatif)³.

4 Les schémas de traitement de première intention offrent un taux de guérison comparable allant de 70%–80%

Les options de traitement topiques comprennent l'application d'un gel de métronidazole à 0,75 % (5 g/applicateur) 1 fois par jour pendant 5 jours ou d'une crème à base de clindamycine à 2 % (5 g/applicateur) au moment du coucher pendant 7 jours. Une autre option de traitement est l'administration par voie orale de 500 mg de métronidazole 2 fois par jour pendant 7 jours. On ne recommande plus d'éviter la consommation d'alcool pendant le traitement^{1,4}.

5 Le taux de récurrence 6 mois après le traitement est supérieur à 50%

Le traitement des partenaires ne s'avère pas être un bon moyen de prévention. Selon l'avis de spécialistes, les recommandations pour la prévention de récurrences (données probantes de faible qualité) comprennent un essai pour une alternance entre des traitements oraux et vaginaux, des capsules vaginales de 600 mg d'acide borique (contre-indiqué durant la grossesse) à prendre pendant 21 nuits après l'antibiothérapie, l'application d'un gel de métronidazole 2 fois par semaine ou le retrait d'un dispositif intra-utérin^{1,4,5}.

Références

1. Muzny CA, Balkus J, Mitchell C, et al. Diagnosis and management of bacterial vaginosis: summary of evidence reviewed for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted infections treatment guidelines. *Clin Infect Dis* 2022;74(Suppl 2):S144-51.
2. Vodstrcil LA, Muzny CA, Plummer EL, et al. Bacterial vaginosis: drivers of recurrence and challenges and opportunities in partner treatment. *BMC Med* 2021;19:194.
3. Yudin MH, Money DM. No. 211: Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39:e184-91.
4. Sobel JD, Sobel R. Current and emerging pharmacotherapy for recurrent bacterial vaginosis. *Expert Opin Pharmacother* 2021;22:1593-600.
5. Achilles SL, Austin MN, Meyn LA, et al. Impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:622.e1-e10.

Intérêts concurrents : Amanda Selk est la présidente sortante de la Société canadienne des colposcopistes, présidente sortante de la branche nord-américaine de la Société internationale pour l'étude des maladies vulvo-vaginales et membre du conseil d'administration de la Fédération internationale de pathologie cervicale et de colposcopie (tous ces postes sont non rémunérés et indépendants des travaux soumis). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Women's Health Center (Braunstein), Clalit Health Services, Tel Aviv, Israël; Département de gynécologie (Selk), Women's College Hospital, Toronto, Ont.; Département d'obstétrique et de gynécologie (Selk), University of Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Michal Braunstein,
braunste.michal@mail.huji.ac.il

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.