

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES VAGINITES PARASITAIRES

A Propos de 200 Frottis Vaginaux

75-11-4

10

Ecole de Médecine du Mali

THESE

Présentée devant l'École Nationale de Médecine et de
Pharmacie du Mali

Par Mme Doucouré Arkia

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

soutenue le devant la Commission d'Examen

JURY

PRESIDENT Pr Vilasco
Pr Dembelé
MEMBRES Pr Sall
Dr B. Fofana

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

X X X X X X

ANNEE ACADEMIQUE : 1974-75

<u>DIRECTEUR GENERAL</u>	Professeur Aliou BA
<u>DIRECTEUR GENERAL ADJOINT</u>	Professeur Bocar SALL
<u>SECRETARE GENERAL</u>	Mr. Anadou Déka DIABATE
<u>CONSEILLER TECHNIQUE</u>	Prof. Agr. Philippe RANQUE

X X

X

PROFESSEURS-MISSIONNAIRES

Professeur	: Claude RICHIR	: Anatomie-Pathologie	BORDEAUX
Professeur-Agrégé	: Yves MILLET	: Physiologie	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: Bernard BLANC	: Gynéco-Obstétrique	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: Michel QUILICI	: Immunologie	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: François MIRANDA	: Biochimie	MARSEILLE
Professeur	: Oumar SYLLA	: Chimie Organique	Dakar
Professeur	: Hubert GIONO-BARBER	: Anatomie-Physio. Hum.	DAKAR
Docteur	: Jacques SAUREL	: Histologie	BORDEAUX
Docteur	: François ROUX	: Biophysique	MARSEILLE
Docteur	: Bernard DUFLO	: Thérapeutique	PARIS
Docteur	: Gérard TOURAME	: Psychiatrie	MARSEILLE
Docteur	: Any DOMINIQUE	: Radiologie	MARSEILLE

.../...

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur	:	Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur	:	Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
Professeur	:	Dédéou SIMAGA	Chirurgie Générale
Professeur	:	Manadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur	:	Mohamed TOURE	Pédiatrie
Professeur	:	Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur	:	Manadou KOUMARE	Matières Médicales
Professeur	:	Pierre St-ANDRE	Dermato-Vénérologie-Léprologie
Professeur Agr.	:	Philippe RANQUE	Parasitologie-Biologie végétale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Docteur	:	Faran SAMAKE	Neurologie
Docteur	:	Aly GUINDO	Sémiologie digestive
Docteur	:	Cheick SIDIBE	Sémiologie digestive
Docteur	:	Abdoulaye Ag-RHALY	Sémiologie rénale
Docteur	:	Yaya FOFANA	Microbiologie
Docteur	:	Moctar DIOP	Sémiologie chirurgicale
Docteur	:	Balla COULIBALY	Pédiatrie - Médecine du travail
Docteur	:	Bénitiéni FOFANA	Ostétrique
Docteur	:	Manadou Lamine TRAORE	Obstétrique-Médecine Légale
Docteur	:	Boubacar CISSE	Dermatologie
Docteur	:	Yacouba COULIBALY	Stomatologie

PROFESSEUR ASSISTANT

Docteur	:	Souleymane DIA	Chimie Minérale et Analytique
---------	---	----------------	-------------------------------

CHARGES DE COURS

Mlle.	:	Diénébou DOUMBIA	Chimie Générale, Minérale & Organique
Docteur	:	Gérard FRECON	Anatomie
Docteur	:	Jean Jacques LEVEUF	Santé Publique
Docteur	:	L. AVRAMOV	Sémiologie générale
Docteur	:	Christian DULAT	Microbiologie
Docteur	:	Patrick DEFONTAINE	Anesthésie - Réanimation

.../...

Docteur	: Marie Colette DEFONTAINE	Gynécologie Hématologie
Docteur	: Emile LOREAL	O.R.L.
Docteur	: SCHLECHT	Pathologie digestive
Docteur	: Abdoulaye DIALLO	Pharmacologie
Docteur	: Gérard TRUSCHEL	Anatomie-Traumatologie
Docteur	: GIRAUDEAU	Béniologie Chirurgicale
Docteur	: Christian MAILLOUX	Séniologie Gardio-Vasculaire
Docteur	: DUCAM	Pathologie Gardio-Vasculaire
Docteur	: Boukassoun HAIDARA	Galénique - Chimie Organique
Docteur	: Elisabeth ASTORQUIZA	Epidémiologie
Monsieur	: S.P. WONG	Hygiène du Milieu
Professeur	: Tiémoko MAILLET	Mathématiques
Professeur	: Manadou GUISSÉ	Mathématiques
Professeur	: A. Baba TOURE	Physique - Chimie Générale
Professeur	: Oumar COULIBALY	Chimie Organique
Professeur	: N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur	: Ibrahim TOURE	Physique
Professeur	: Lassana KEITA	Physique
Professeur	: Alassane Cisse	Biologie végétale ; Physiologie générale ; Cryptogamie,
Madame	: KEITA(Oulématou)BA	Biologie animale
Madame	: Cisse (Fatounata)DIALLO	TP. de Chimie

XX X X X X X X X X X X

JE DEDIE CE TRAVAIL

A mon père (in memoriam)

A ma belle-mère (in memoriam)

A ma brave mère

Comme gage de mon affection et de ma profonde
gratitude.

A mon mari

qui, par son amour et sa compréhension m'encouragea
à poursuivre mes études autant que je le voulais.

A nos enfants, Mohamed et Aïssata avec toute ma tendresse.

A ma sœur Aïssa et à son époux KONE

Pour leur soutien moral et matériel et leur hospitalité
si agréable, mes remerciements les plus sincères.

A mon frère Hammadou DIALLO Docteur en Médecine

Ainé exemplaire, toujours disponible. Qu'il soit remercié
de ses conseils judicieux et de son aide constante.

A Tidiani Fadiala KEITA

Il guida mes premiers pas à l'école secondaire et ne
cessa de m'assister en toute circonstance.

Qu'il reçoive ici mes plus vifs remerciements.

A Amadou Hampaté BA

Je trouvais dans sa famille qui fut aussi mienne, auprès
de lui, Sciences et humanité.

Puisse ce modeste travail lui apporter la preuve de ma
sincère reconnaissance.

A mes frères et sœurs

A mes parents

A mes beaux-parents.

Toujours à mes côtés

Qu'ils acceptent, ceci comme le symbole de ma profonde
gratitude et toute ma sympathie.

A mes Maîtres du 1er et 2è Cycles Fondamental

A mes Maîtres du Lycée.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine

Qu'ils trouvent dans ce travail le fruit de leurs sciences
et de leurs efforts conjugués.

Avec toute ma reconnaissance.

Au personnel de l'École de Médecine
Au personnel du Point G
Au personnel du Gabriel TOURE
Au Directeur et à tout le personnel du Laboratoire Central
Au personnel de la P.M.I. de Niaréla
Au personnel de la Direction de l'Enseignement Fondamental

En témoignage de reconnaissance et de sympathie.

A notre Président de Jury;

Monsieur le Professeur Vilasco,

C'est un grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre haute considération et de nos sincères remerciements.

A notre Jury de Thèse,

Messieurs le Professeur Vilasco

le Professeur Dembélé

le Professeur Sall

le Docteur B. FOFANA

Nous leur remercions de l'honneur qu'ils nous ont fait
en acceptant de nous juger.

A notre Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur B. FOFANA
qui a bien voulu nous guider avec sollicitude et compétence dans l'élaboration de notre travail. Nous tenons à lui exprimer, ici, toute notre reconnaissance, tout notre respect.

INTRODUCTION

Le vagin situé entre la vulve et le col utérin mesure en moyenne 9cm de long. Il a la forme d'un conduit cylindrique aplati d'avant en arrière et fait un angle de 60° à 70° avec l'horizontale chez la femme debout. Il remonte jusqu'à la 3ème ou 4ème vertèbre sacrée et forme avec l'utérus un angle utero-vaginal qui regarde normalement en avant et caractérise l'antéversion.

Ses parois antérieures et postérieures sont accolées l'une contre l'autre sauf en haut où il est cupuliforme. Sa paroi antérieure est en rapport avec le bas appareil urinaire (urèthre et vessie) tandis que la paroi postérieure est en rapport avec le rectum.

Le vagin est ainsi recouvert d'un épithélium pavimenteux pluristratifié simulaire à l'épithélium cutané mais dont il se distingue tout d'abord par l'absence d'une keratinisation complète puis par les modifications structurales en rapport avec l'activité hormonale des ovaires.

En effet, chez la femme en activité ovarienne normale **DIERS** distingue :

- 1 couche basale ou couche germinative sans modification cyclique constituée de cellules cylindriques à gros noyaux ovalaires.
- 1 couche fonctionnelle ou superficielle qui desquame dans la 2ème moitié du cycle et se reforme après la menstruation.
- 1 couche de cellules plus sombres, appelée zone de keratinisation intra-épithéliale, séparant la couche fonctionnelle de la basale.

Le cycle vaginal comporte 2 phases :

1 phase de prolifération et de différenciation : Au moment des règles la couche basale devient le siège d'une prolifération intense, le nombre de cellules basales et intermédiaires augmentent rapidement et se chargent en glycogène. Vers le 15ème jour l'épithélium atteint une épaisseur de 230 à 300µ.

1 phase de desquamation : Après ovulation sous l'action de la progesterone les cellules se mettent à gonfler et la couche superficielle s'affaisse en partie par une diminution du volume des cellules et en partie par une desquamation massive. L'épaisseur n'est plus que de 150 à 180µ.

Après ce cycle vaginal il est important d'étudier le milieu vaginal. Celui-ci varie en fonction de l'âge (exemple: il diminue à la ménopause) l'état physiologique (pure pendant la grossesse) du degré de pureté du vagin (augmente en cas d'infection). Il varie ainsi entre 0,30 et 1g ; il comprend une partie liquide (eau) et une partie solide (cellules vaginales exfoliées, germes bactériens, leucocytes, débris cellulaires).

on évalue dans ce milieu vaginal

eau : 80%	
glycogène : 2 à 4%	
acide lactique : 2 à 3%	
protéines : 2 à 2,5%	
Chlorure de sodium ; 0,10 à 1,50%	
acides aminés] en quantités faibles
acide phosphorique	
calcium	
potassium	
diverses auzymes	

Parmi les différents composants de ce contenu, trois sont importants pour notre étude. Ce sont :

• Le glycogène : polysaccharide qui a été découvert pour la 1ère fois par SCHIELE en 1880. Sa formation commence au niveau des assises externes de la couche basale pour atteindre son maximum dans la couche intermédiaire.

• L'acide lactique : Le vagin est protégé de la pullulation de la plupart des germes pathogènes par son acidité naturelle (PH situé entre 3,8 et 4,6). Cette acidité est due à la présence de l'acide lactique qui est lui aussi en rapport avec la richesse du vagin en bacille de Doderlein dont la propriété physiologique fondamentale est de transformer les hydrates de carbone en acide lactique. L'acidité est liée également à l'importance de la charge glycogénique des cellules de l'épithélium vaginal et de la sécrétion oestrogène des ovaires.

• La flore vaginale : Doderlein a fait le travail primordial en ce qui concerne la flore saprophyte du vagin. C'est dans un travail paru en 1892 qu'il nous décrit le gros bacille gram⁺ qui porte aujourd'hui son nom. Cherchant les causes possibles de l'infection puerpérale, il a pu se rendre compte, combien la flore

vaginale de la femme gravide était pure.

Doderlein montre que le bacille long et épais qu'il décrit est accompagné dans une sécrétion normale de cellules épithéliales et quelques leucocytes et qu'il est producteur d'acide lactique. De plus son bacille entrave le développement d'autres germes, souvent pathogènes, tel que le staphylocoque. A la suite des travaux de Doderlein, d'autres auteurs entreprennent de classer les différents types de flore qu'on peut rencontrer dans le vagin de la femme d'après le "degré de pureté" en bacilles de Doderlein.

Mannu AF Heurlin : donne la classification suivante :

Degré I : le bacille de Doderlein est à peu près seul dans le vagin.

Degré II : à peu près identique au précédent. Le Doderlein prédomine nettement. On note le plus souvent la présence de colibacilles peu nombreux.

Degré III : ici le bacille de Doderlein n'est plus dominant. On peut voir nombreux bacilles gram⁻ ou + ainsi que des batonnets gram⁻. Le plus souvent on trouve des streptocoques, des colibacilles, des staphylocoques et divers anaérobies.

Degré IV : Aucun bacille de Doderlein seulement de nombreux germes très variés.

Mais on a remarqué que la flore génitale varie aux divers âges de la vie sexuelle. Au bout de 24 H après la naissance apparaissent des cocci gram⁺ qui deviennent bacille de Doderlein.

Au 3^e jour la flore est pure. Du 12^e au 15^e jour la flore est nulle avec bientôt germes variés staphylocoques, enterocoques, diplocoques, batonnets gram⁻ ; pendant des années elle reste ainsi tant qu'on est dans l'impuberté. Puis brusquement la flore passe au type I c'est-à-dire qu'on ne trouve à peu près que les bacilles vaginaux. C'est en ce moment qu'apparaît les 1ers caractères sexuels.

Chez la femme réglée saine c'est la prédominance de bacilles de Doderlein, celle-ci est moins importante chez la femme enceinte ou fillette prépubère. C'est en examinant quotidiennement des frottis de la même femme que CHAPPAZ a découvert un phénomène très curieux.

"Dès la fin des règles le frottis montre entre les cellules des leucocytes et quelques hématies, une fine poussière de germes

gram⁺, plus de bacille de Doderlein.

Le bacille vaginal a donc lui aussi un cycle synchroniquement adapté au cycle oestrien de la femme.

CHAPPAZ, lui, donne une classification plus simplifiée :

1er Degré : Bacille vaginal très abondant, excluant la présence de tout autre germe. On le rencontre chez la femme enceinte, chez la nouvelle-née et chez la fillette prépubère.

2è degré : bacille vaginal moyennement abondant, seul ou très nettement prédominant sur quelques autres germes : cas rencontré chez la femme adulte saine réglée et chez la femme monopausée depuis plusieurs années.

3è degré : bacille vaginal totalement absent ou difficile à déceler parmi d'innombrables germes variés. Nous rangeons aussi dans ce troisième degré les cas où la flore vaginale est pratiquement nulle; ~~Retrouvée~~ chez fillette impubère, chez femme ovariectomisée et chez femme senilo.

Il existe une autre classification, celle de SCHRODER :

type I : ne renferme que des bacilles de Doderlein les sécrétions sont alors abondantes, blanchâtres avec quelques cellules épithéliales desquamées.

type II : La flore est mixte, et comprend en partie le bacille de Doderlein et nombreux cocci : diplocoque gram⁺, staphylocoque ; sécrétions peu abondantes avec leucocytes.

type III : C'est la flore pathologique. Elle est très variée. On y rencontre des germes gram⁺ et gram⁻, des leucocytes plus ou moins altérés, aucun bacille vaginale. Ces sécrétions sont abondantes et prennent la coloration blanc jaunâtre.

On a remarqué aussi que la flore vaginale et le PH vaginal tous deux composants du contenu vaginal subissent des variations synchroniques PH 5 correspond à la flore de 1er degré.

PH entre 5 et 5,3 correspond à la flore de 2è degré.

C'est grâce à ce type III ou flore pathologique qu'on a pu parlé de vaginites. Mais les vaginites occupent en gynécologie une place importante qui leur est rarement reconnue.

Leur symptomatologie banale fait que les patientes ne viennent en consultation que lorsque le prurit devient intense, ou que la leucorrhée devient abondante, gênante, obligeant la pa-

tiente à se garnir, ou la dyspareunie insupportable.

Ce travail que nous présentons ici n'a d'autre but que d'attirer l'attention des femmes maliennes et aussi du public médical malien sur l'importance des problèmes posés par les infections vaginales et surtout la Trichomonose et la candidose vaginales.

Nous adapterons pour notre étude le plan suivant :

Introduction

Chapitre I : Vaginites en général

- A. Définition
- B. Historique
- C. Diagnostic étiologique des leucorrhées
- D. Diagnostic positif des vaginites
 - 1. Interrogatoire
 - 2. Examen gynécologique
 - 3. Examen complémentaires
 - 4. Exemplaies de fiches
- E. Diagnostic différentiel des Vaginites

Chapitre II : Trichomonose Vaginale

- A. Historique
- B. Agent Pathogène
- C. Pathogénie
- D. Clinique

Chapitre III : Candidose Vaginale

- A. Historique
- B. Agent Pathogène
- C. Pathogénie
- D. Clinique

Chapitre IV : Importance Médico-Sociale

- A. Notions épidémiologiques
 - 1. Fréquence
 - 2. Mode de Transmission
- B. Incidence Sociale

.../...

Chapitre V : Nos Observations

A. Quelques Observations

B. Résultats et Commentaire

Conclusion :

Bibliographie :

Serment d'HIPPOCRATE

III
II
II H A P I T R E I

.....
.....
VAGINITES EN GENERAL

HISTORIQUE

L'étude des Vaginites date de longues années. Les Tabous, jusqu'à Freud ont contrarié les recherches scientifiques dans ce domaine, surtout en ce qui concerne l'hygiène et la maladie de la femme.

Hippocrate utilisa le premier, le terme de fleurs blanches Raulin en 1766 donnait cette définition des fleurs blanches. Ce sont : "des suintements ou des écoulements qui se font par les parties naturelles de la femme, d'humeur acqueuse, séreuse, lymphatique, muqueuse, bilieuse, chyleuse ou laiteuse, qui prennent différents caractères, différentes couleurs, différentes odeurs ou différents degrés de fétidité selon la différence des causes qui les produisent".

On emploie aussi fréquemment à tort le terme de pertes blanches pour désigner les écoulements de couleur et de consistance variées : incolores comme l'eau, blancs laiteux, jaunâtres, jaunes verdâtres, roussâtres et même les écoulements mélangés à du sang. Bien entendu leur valeur semiologique n'est pas la même dans les différents cas.

Plus tard on a préféré le terme de leucorrhée, que l'on considèrait comme étant un moyen pour l'organisme de se débarrasser d'humeurs nuisibles ; opinion de Paul d'Eginie et d'Orbase qui l'appelaient fluxus muliebris.

Après avoir adopté le terme de leucorrhée, il fallait maintenant trouver une étiologie. Plusieurs hypothèses ont été avancées.

En premier lieu, la leucorrhée fut mise sur le compte de l'anémie et de la chlorose.

Ensuite Pozzi rapporte plus tard que de nombreuses ouvrières prenant du café au lait attribuent leur écoulement à cette boisson. Il écrit : "Des médecins sérieux ont pu, gravement accepter cette explication bizarre (certaines femmes ont des fleurs blanches parce qu'elles déjeunent avec du café au lait ne pouvant mieux se nourrir.)"

Au XIX siècle Despines essaie de donner une explication à l'existence de leucorrhée chez 2/3 des femmes parisiennes.

Enfin au XX^e siècle on découvre le mécanisme des vaginites que l'on définit comme suit :

On appelle Vaginite toute infection généralement aiguë, parfois subaiguë ou chronique de l'épithélium vaginal par divers agents pathogènes :

flagellés : Trichomonas

levures : Candida Albicans

Pyogènes : entérocoques

colibacilles

protéus

Staphylocoques etc...

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES LEUCORRHEES

La leucorrhée est le signe caractéristique et permanent d'une vaginite, mais leucorrhée ne veut pas toujours dire vaginite. C'est ainsi que nous parlerons de :

Hémorrhée : écoulement analogue à l'eau, inodore, abondant (10 à 100 ml) survenant brusquement. Elle est due à un polype vaginal ou à un fibrome ou à un corps étranger. On l'appelle aussi la leucorrhée d'origine corporelle.

Leucorrhée de desquamation : écoulement blanchâtre non filant, légèrement laiteux dû à la desquamation abondante de cellules vaginales superficielles de l'épithélium malpighien. L'examen au spéculum montre un dépôt de cellules desquamées au cul de sac postérieur.

Leucorrhée intermenstruelle : correspond à l'exagération d'un processus physiologique, c'est la glaire cervicale filante contemporaine de l'ovulation au 14^e jour du cycle.

A l'examen on observe une glaire endocervicale limpide abondante d'aspect blanc d'oeuf cru.

Leucorrhée de la défloration : due à une infection des débris hyménaux. Elle peut entraîner un vaginisme.

Leucorrhée cervicale : leucorrhée épaisse parfois striée de sang due à la présence d'une exocervicite, d'une endocervicite ou d'un cancer du col.

Leucorrhée d'origine salpingienne : elle est très rare, et quand elle existe, elle est surtout due à un pyosalpinx.

Leucorrhée de la Trichomonose : Elle est abondante, d'aspect variable, mais souvent verdâtre, liquide, aérée avec de petites bulles gazeuses, augmentent parfois après les règles (chapitre II).

Leucorrhée de la Candidose : Elle est blanche, peu abondante, d'aspect caséux ou ressemblant à du papier buvard humide, caillé, mais acide (Chapitre III)

Leucorrhée de la gonococcie : C'est une leucorrhée abondante, purulente, verdâtre, épaisse.

Leucorrhée des Vaginites à pyogènes : elle n'a rien de spécifique, elle est le plus souvent fétide.

Ainsi à part les trois premières leucorrhées, toutes les autres peuvent être considérées comme des leucorrhées d'origine infectieuse. Bien que leucorrhée ne veuille pas toujours dire Vaginite, il serait plutôt sage d'aller consulter dès qu'on constate des pertes blanches, car leur existence peut aussi traduire un phénomène pathologique.

DIAGNOSTIC POSITIF DES VAGINITES OU METHODOLOGIE

Notre étude porte d'une part sur des femmes envoyées au Laboratoire central pour prélèvement vaginal et d'autre part sur des prostituées amenées par la police. Dans les 2 cas, l'examen est identique.

Interrogatoire : Il est un temps important à ne pas négliger. Il cherchera à préciser le nom, le prénom, l'âge de la malade, l'histoire de la maladie. Il recherchera également si la patiente est mariée ou célibataire (en vue de traiter le partenaire aussi) si elle est polygame ou monogame (à cause de la possibilité de récontamination à partir d'une des épouses).

Les ~~antécédents~~ obstétricaux seront également précisés en raison des lésions obstétricales possibles qui peuvent être des causes favorisantes de vaginite.

Seront noter également les antécédents gynécologiques : la dysménorrhée, les caractères du prurit, ceux de la leucorrhée, les douleurs associées ; ainsi que les signes urinaire et les troubles du transit etc...

Examen gynécologique :

Il se pratique sur femme nue couchée sur table d'examen en position gynécologique. Comme dans tout examen on procède à une inspection générale. Mais dans le cadre de notre étude, nous ferons une inspection minutieuse de la vulve du périnée et de l'anus. Ensuite à l'aide du spéculum introduit dans le vagin sans lubrifiant, nous déterminons les caractères de la leucorrhée (abondance, couleur, odeur, consistance, etc...) l'état du vagin et du col utérin seront également précisés. C'est également à ce stade que nous faisons nos prélèvements pour examen bactériologique.

Nous terminons par un toucher vaginal combiné au palpe abdominal pour avoir une idée sur l'état de l'utérus et de ses annexes, étant donné que les leucorrhées peuvent être d'origine vaginale, cervicale, utérine et même salpingienne comme nous l'avons vu dans le diagnostic étiologique des leucorrhées.

Examens complémentaires :

Frottis : C'est pour nous un moyen diagnostique des vaginites. Nous le pratiquons/chez nos patientes présentant des leucorrhées, des prurits, des dyspareunies, des douleurs pelviennes etc... Nous leur recommandons de venir sans faire de toilette, d'injection vaginale et sans placer de comprimés gynécologiques. Mais ces conditions n'ont pas toujours été respectées.

Le prélèvement est pratiqué pendant l'examen gynécologique à l'aide du spéculum et de deux écouvillons. Nous étalons les sécrétions recueillies sur lame dans une goutte de sérum physiologique. Puis les recouvrons et les observons au microscope, l'autre écouvillon servant à l'ensemencement.

A l'état frais nous pouvons voir les différentes cellules de la flore vaginale, les trichomonas facilement reconnaissables par leur forme et leur mobilité, et parfois des filaments.

Après coloration au giemsa nous pouvons observer des staphylocoques qui peuvent être pathogènes ou non, des éléments fongiques (chlamydo-spores à côté de filaments mycéliens).

Au passage nous tenons également à préciser les modifications histologiques du frottis pour ne pas passer à côté d'un cancer associé.

Culture : En réalité, c'est la technique la plus précieuse permettant de définir le candida. Nous le pratiquons sur milieu de SABOURAUD modifié par Langeron avec repiquage sur milieu PCB (Pomme de terre, carotte, bile).

Ces cultures poussent au bout de 48 heures, sans soins particuliers à la température de la pièce.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES VAGINITES

Les vaginites rencontrées à l'heure actuelle sont, certes dues souvent au Trichomonas et au Candida Albicans, d'autres vaginites peuvent cependant prêter à confusion. Il s'agit de :

- La vaginite à bacilles hémophilis glucidophilus vaginalis : petits bacilles gram⁻ responsables de 20 à 30% des leucorrhées d'origine vaginale.

- Vaginites gonococciques peu fréquentes, dues au diplocoque gram⁻ encapsulé en grain de café, avec espacement de 1/5 entre les deux éléments situés à l'intérieur des polynucléaires. Le PH vaginal n'est pas du tout favorable au développement du gonocoque.

- Vaginites à staphylocoques mises en évidence par l'examen après coloration.

- Vaginites bilharziennes très rares

Il existe par ailleurs, comme nous l'avons vu des leucorrhées.

- par hyperdesquamation vaginale, ici, c'est l'examen gynécologique qui montrera l'intégrité de la muqueuse vaginale.

- il faut aussi éliminer les leucorrhées d'origine cervicale qui peuvent être associées à une vaginite :

- , cervicité aiguë souvent gonococcique
- , lésions cervicales chroniques : exocervicité, ectropion, endocervicité purulente, kystes de Naboth, polypes muqueux.
- , ainsi que les lésions cancéreuses : cancer du col, de l'endocol et de l'exocol, étant également causes de leucorrhée

Il nous paraît utile pour terminer cette étude des vaginites en général de citer quelques cas particuliers dus au terrain tels que :

1. la petite fille chez qui la vaginite ^à germes banaux est relativement fréquente, les autres causes résultant en général d'une contamination par la mère.

.../...

2. La jeune fille dont la leucorrhée est le **plus** souvent **secondaire** à une hyperdesquamation vaginale.

3. La femme enceinte, chez qui la leucorrhée à candida est extrêmement fréquente, la leucorrhée à Trichomonas. étant **plus rare**.

4. La femme ménopausée, chez laquelle l'absence de moyens de défense du vagin favorise l'implantation des vaginites microbiennes, mais le plus souvent il s'agit de vaginites **tropiques** ou **seniles**.

000

II H A P I T R E II

TRICHOMONOSE VAGINALE.

HISTORIQUE

Cette maladie due à une métomonadine appartenant au genre trichomonas est connue depuis environ une soixantaine d'années.

C'est en 1836 que fut décrit pour la 1ère fois le trichomonas, par un français Alfred DONNE sans qu'on lui ait attribué pour autant un rôle pathogène. Ainsi, de nombreux auteurs s'intéressent au parasite sans le rattacher à la notion de Vaginite.

En 1884, KUNSTLER, à Bordeaux, se rend compte de la présence du parasite chez presque toutes les femmes examinées à la clinique gynécologique.

En 1916, HOEHNE publie un ouvrage très important : "Le Trichomonas vaginalis agent pathogène d'une vaginite purulente et fréquente".

En Europe Centrale, RODECURT contribue à confirmer le rôle pathogène du Trichomonas.

En 1915, les premières cultures de Trichomonas vaginalis sont obtenues par ZUNCH.

L'école française garde le silence alors que les écoles étrangères multiplient les publications. Il faut attendre la thèse de MICHON-ADJUBEL en 1940 pour voir apparaître des travaux français. Depuis, les publications se sont multipliées et trois symposiums ont été consacrés à ce sujet : MONACO en 1954, REIMS en 1957 et enfin MONTREAL en 1959. Des travaux récents ont permis d'approfondir nos connaissances en ce qui concerne la morphologie et la biologie, la pathologie et le diagnostic de laboratoire du Trichomonas Vaginalis.

.../...

AGENT PATHOGENE

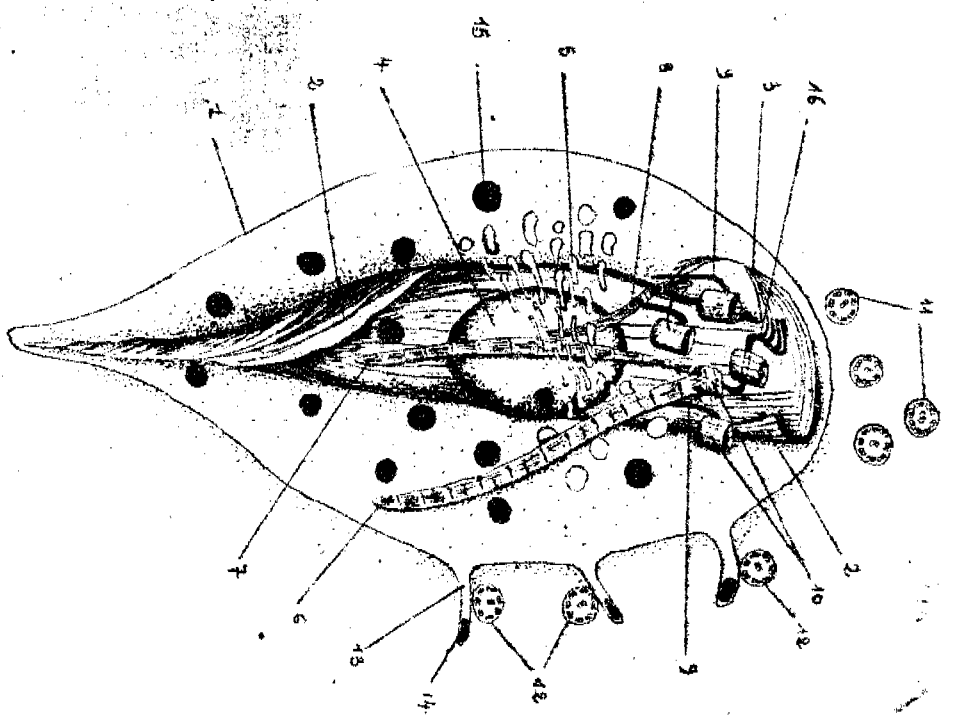
L'agent responsable, *Trichomonas Vaginalis* est un protozoaire flagellé de forme variable, piriforme, le plus souvent rond ou ovale. A l'état frais, sa taille varie de 8 à 20 μ .

La microscopie optique : montre une extrémité antérieure large de laquelle naît d'une petite invagination un bouquet de 4 flagelles de longueur inégale. Le noyau excentré, clair, sans caryosome est pourvu de multiples grains de chromatine. Le cytoplasme apparaît inégalement granuleux. Les colorations mettent en évidence un corpuscule appelé blépharoplaste dont sont issus la membrane ondulante, l'axostyle et les flagelles.

La microscopie électronique : remonte à une dizaine d'années avec les travaux de SHIMADA (1959) et de INOKI (1960). Ils décrivent au noyau une membrane double avec des pores, un appareil de Golgi lamellaire et montrèrent que les flagelles étaient constitués de 9 paires de fibrilles périphériques et d'une paire centrale. Ces travaux furent repris ensuite par LUDWICK (1961). Pour celui-ci les 4 flagelles antérieurs sont de longueur identique (15 à 22 μ), sont formés de 10 à 11 fibrilles, 9 périphériques entourant une ou deux fibrilles centrales, le tout étant engainé dans un fourreau cytoplasmique. La membrane ondulante (1 à 6 μ) est bordée extérieurement par un flagelle postérieur qui a la même constitution et ne dépasse pas la moitié du corps cellulaire. Les flagelles et la membrane prennent naissance à partir d'un groupe de 5 granules basaux situés dans la partie terminale du capitulum axostylaire. De ces mêmes granules, naissent aussi les 4 fibrilles de la costa, toutes se dirigeant ensuite vers le centre de la cellule. Deux sont épaisses et longues, les deux autres sont minces et courtes ; elles sont formées de disques de 55 μ d'épaisseur. L'axostyle forme à l'avant du corps cellulaire un épais capitulum et se termine hors du corps cellulaire par une partie fine comme une épine.

Le corps parabasal se trouve dans la partie antérieure du corps cellulaire et surtout dorsalement. La plupart des granules cytoplasmiques (taille moyenne 0,4 μ) se répartissent autour du noyau en goutte d'eau et le long de l'axostyle, des granules plus fins se retrouvent le long des fibrilles costales.

- 1 - Membrane cellulaire
- 2 - Acostyle
- 3 - Pelta
- 4 - Noyau
- 5 - Appareil de Golgi
- 6 - Coste
- 7 - Filament parabasal
- 8 - Bandulette fossette occipitale
- 9 - Fibres effilées en cristaux
- 10 - Mésoperoptase
- 11 - Flagelles antérieurs
- 12 - Flagelle récurrent
- 13 - Membrane ondulante
- 14 - Boriture renforcant la membrane ondulante
- 15 - Crêtes
- 16 - Fibrilles de Hillson



TRICHOMONAS VAGINALIS

Schéma microscopie électronique.
(d'après Nielsen et Coll. 1966). (30).

Fig. 1

NIELSEN en 1966 complète encore l'étude de l'ultrastructure du *Trichomonas vaginalis*.

La membrane nucléaire est une membrane ordinaire faite de trois feuillets d'environ 7 m d'épaisseur. Le noyau contient de gros granules qui seraient tout simplement des nucléoles ou des amas de matériel chromatique.

Les ribosomes sont distribués librement à l'intérieur du cytoplasme. Fréquemment à la périphérie on observe des vésicules de tailles différentes. Dans la partie caudale du corps cellulaire sont situées des vésicules plus grandes et des vacuoles. La plupart semblent être des vacuoles digestives.

SMITH et STEWART (1966) confirmèrent l'observation originale de INOKI, à savoir qu'il n'y avait pas de mitochondrie dans le *Trichomonas Vaginalis*. Cette absence étant certainement en relation avec le cycle de vie anaérobie du *Trichomonas Vaginalis*. L'axostyle apparaît comme une structure en forme de coupe, formée d'une simple rangée de 35 fibrilles mesurant chacune environ 200 Å de diamètre et séparées par une distance constante. Par coloration différentielle des dépôts glycogéniques ont été mis en évidence.

Des formes de résistance existent et restent encore un problème entier.

La forme végétative du *Trichomonas* est très fragile et ne survit pas dans la nature (pas plus de 45 minutes dans un milieu extérieur.) Certains auteurs ont décrit une forme kystique et une forme amœboïde. Mais en fait, c'est une notion qui est loin d'être admise par tous. Il est à noter cependant que dans les cultures vieillissantes ou dans des conditions de vie défavorables il existe des formes arrondies, immobiles, sans flagelles, mais totalement dépourvues de paroi kystique. Pour MICHON-ADJOUREL, il s'agirait de formes de défense dans un milieu défavorable. Mais elles disparaissent rapidement sans que l'on puisse les repiquer. Pour d'autres auteurs ce ne sont que des formes de dégénérescence.

.../...

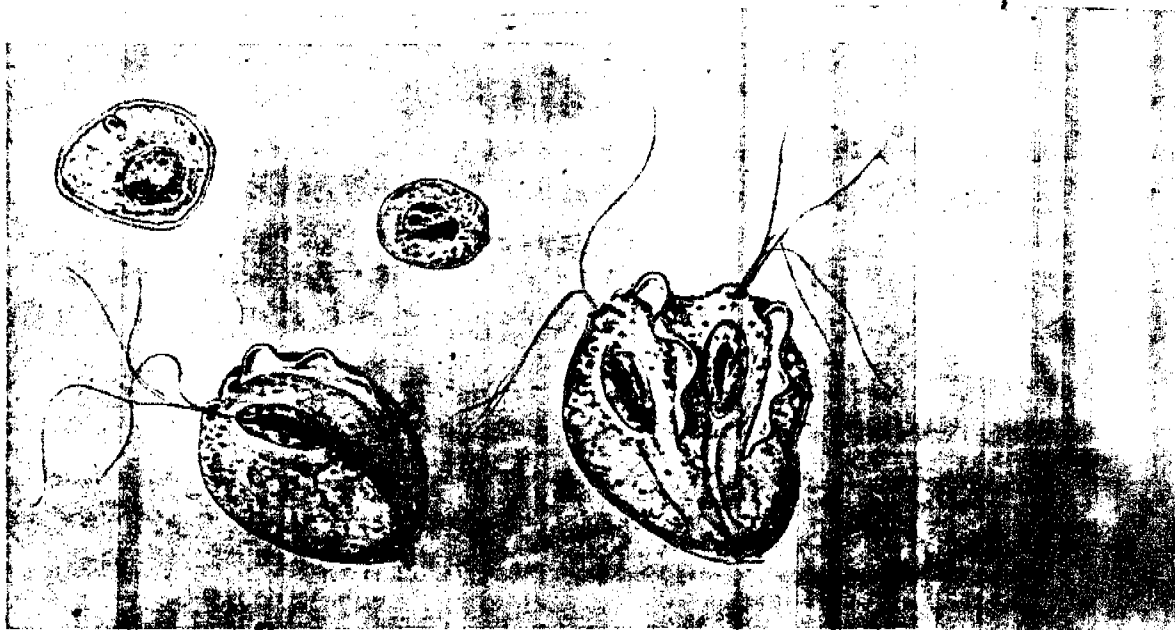


FIG. 24. — *Trichomonas vaginalis*.

En bas, à gauche: forme normale. *En bas à droite*: en division.

En haut: les figures en boules représentent des formes non flagellées.

(Dessin légèrement schématisé. Explications dans le texte.)

PATHOGENE

A. Habitat :

On sait depuis longtemps que le Trichomonas est un hôte habituel du vagin, mais ce n'est qu'au cours de ces dernières années que les auteurs l'ont reconnu comme agent causal d'une vaginite particulière et bien individualisée.

Autrefois on lui attribuait seulement un rôle saprophyte. Actuellement on tend même à le considérer en général comme toujours pathologique avec des nuances cependant dans l'intensité des symptômes.

Le Trichomonas vit habituellement au niveau du vagin mais il ne faut pas négliger les repères que peuvent constituer les glandes de Bartholin et de SKENE. Chez l'homme aussi il parasite l'urèthre et les glandes annexes.

On a retrouvé le Trichomonas Vaginalis également dans les trompes ou diverses autres parties de l'appareil génital féminin.

B. Causes favorisantes :

La vaginite à Trichomonas, 2^e grande cause des leucorrhées, serait ainsi considérée sous l'angle d'une maladie vénérienne : c'est la septième maladie vénérienne d'après les Américains. Elle serait transmise à la femme par 1 homme qui reste cliniquement sain, la verge ne servant que de véhicule au parasite (tableau I : mode de Transmission).

La présence du Trichomonas chez la femme ne semble pas entraîner toutes les fois des signes cliniques patents chez l'homme. Il semble donc que le Trichomonas requiert certaines conditions pour proliférer. Parmi celles-ci nous pouvons citer :

1.- Causes locales : un déficit des récepteurs oestrogéniques locaux prouvés empiriquement par la guérison de la Trichomonose chez la femme par simple application locale d'oestrogène.

. Une atrophie de la muqueuse vaginale qui explique la Trichomonose chez la femme ménopausée : mais rare.

. Traumatisme de la muqueuse vaginale. On pense ainsi que ces causes locales favoriseraient la transsudation de sérum sanguin, facteur indispensable à la croissance du Trichomonas Vaginalis.

2.- Causes générales :

- . Les avitaminoses
- . La corticothérapie
- . Hypofolliculinémie : celle-ci avec ses conséquences crée un climat favorable à l'apparition des Vaginites à Trichomonas ; parce que mis à part le Tableau clinique parfois discutabile, les biopsies de l'endomètre et plus récemment les examens de cytologie vaginale par la coloration de SCHORR Papanicolaou nous ont apporté la preuve que la carence en oestrogènes accompagne les symptômes observés. En effet les oestrogènes imposent au vagin une acidité et une flore saprophyte précises qui sont témoins de leur quantité.

- . La gravidité rarement, parce qu'elle entraîne plutôt une richesse en oestrogènes et un ph très acide égal ou inférieur à 4,5. Elle est surtout favorable à la vaginite à Candida comme nous allons le voir dans le chapitre de candidose Vaginale. Dans les cas rapportés nous avons des cas de Trichomonas chez femme enceinte (Tableau VII, fréquence).

- . Corps étrangers intra-vaginaux et intra-utérins (comme stérilet).

- . Diverses agressions.

En règle générale, sont à considérer toutes les conditions qui permettent une prolifération microbienne vaginale ou bien une diminution de la flore de Doderlein.

ETUDE CLINIQUE

Après une période d'incubation, elle se traduit par :

- . une leucorrhée permanente, d'abondance variable, fluide, mousseuse, d'odeur déplaisante, parfois striée de sang.

- . un prurit vulvaire plus ou moins intense et des brûlures locales plus ou moins importantes. Il peut être nocturne ou diurne. Les signes inflammatoires ne sont pas en rapport avec l'abondance de l'écoulement, mais la patiente peut signaler également, des signes fonctionnels comme :

- . troubles urinaires (cystite, rarement incontinence)
- . ~~des douleurs~~ ~~à l'écoulement~~ ~~variée~~ (pelvienne, lombaire).

- . troubles du transit
- . parfois même une dyspareunie (chose que nous avons eu du mal à faire dire par les malades : pudeur).

A l'examen, la vulve est rouge, très irritée avec des sécrétions créneuses dans les plis.

L'introduction du spéculum est souvent très douloureuse, après écouvillonnage un examen minutieux du vagin, montre un vagin rouge, un col soit normal, soit parsemé de piqueté rouge soit siège d'une érosion suintante, saignotante.

A ce stade les patientes viennent en consultation non pour la leucorrhée ou le prurit vulvaire, mais surtout pour les brûlures locales qui peuvent être si importantes qu'elles retentissent sur le psychisme.

Sans traitement, la leucorrhée finit par être moins caractéristique, (d'où la règle de ne pas se baser sur le seul aspect de la leucorrhée pour faire le diagnostic), la clinique presque muette, le "paysage vaginal" tendant vers la normale.

Cette apparence normale est pourtant très dangereuse car une thérapeutique intempestive, un stress peuvent à nouveau faire flamber la maladie. Les sujets sont devenus alors des porteurs sains conservant toute leur potentialité infestante.

7) DIFFERENTES FORMES CLINIQUES

1. Selon la symptomatologie

. Forme majeure : Les pertes sont parfois si abondantes qu'elles obligent la femme à se garnir et l'incommodent en raison de leur odeur. Les muqueuses très irritées peuvent saigner au contact. L'irritation peut être telle qu'elle entraîne non seulement une dyspareunie basse, mais un réel vaginisme chez d'autres, avec retentissement psychique nécessitant un traitement particulier.

. Forme mineure : A l'opposé, il est des formes asymptomatiques où le Trichomonas vaginalis est découvert fortuitement sur des frottis vaginaux effectués.

. Formes hémorragique : Il s'agit :

- de saignements au contact après les rapports sexuels ou après un examen gynécologique.

- de pertes irritantes souvent roussâtres. Après la ménopause ces formes posent le problème de diagnostic avec le cancer.

2. Selon la localisation

Bien que l'on ait retrouvé le Trichomonas Vaginalis dans les trompes et diverses autres parties de l'appareil génital féminin, il est difficile de dire qu'il existe vraiment une pathologie utérine ou annexielle que l'on puisse rattacher à la présence du Trichomonas Vaginalis.

3. Selon l'évolution

Il existe une forme aiguë et une forme chronique (déjà étudiées).

Certaines vaginites recidivent dès l'arrêt du traitement c'est dans ces formes que le retentissement psychique est important. Ces recidives peuvent être dues à un réensemencement à partir d'un foyer extra-vaginal ou bien une recontamination par le partenaire. Cependant, il est des recidives pour lesquelles aucune explication n'est avancée.

.../...

4. Formes associées

- Avec le candida, l'association est assez fréquente et peut être due à l'abus des antibiotiques antibactériens utilisés sous forme d'ovules (association Trichomonas-candida dans 9,5% de nos cas).

- Avec le gonocoque : il s'agit en fait d'une coïncidence. Les deux germes peuvent être responsables d'une urethrite mais le gonocoque donne surtout une endocervicite alors que la Trichomonas donne une vaginite sans atteinte de l'endocol. (Association en pleine extension, à cause du développement de la liberté sexuelle dans le monde).

- Avec des pyogènes banals, il semble que l'association bactérienne favorise l'agressivité du Trichomonas, et il faut en tenir compte pour la thérapeutique.

III
III
II H A P I T R E III

CANDIDOSE VAGINALE

HISTORIQUE

En 1840, WILKINSON établit une relation entre une vulvo-vaginite et la présence de Candida Albicans.

En 1875, HOUSMAN à Paris prouvait sa pathogénicité en provoquant, avec des pertes de malades porteurs de Candida Albicans une vulvo-vaginite chez des témoins sains.

Depuis 1909, de nombreux auteurs ont pu associer la présence de Candida Albicans à un certain nombre d'éléments (uretrite, prostatite, etc...)

En 1928, BRAYE démontre l'action pathologique des mycoses sur les voies génitales. Il est important de signaler que jusqu'en 1928, on a attribué au Candida Albicans tous les troubles retrouvés. Les différentes espèces ne furent distinguées que plus tard.

En 1953, DAWBEINS trouve du Candida Albicans dans 8% des cas chez 500 femmes enceintes examinées.

En 1954 AUCKLAND et PUSTIN montrent la présence d'une mycose chez 36 malades sur 722 venant à la consultation de Vénérologie et après culture, ils s'aperçurent que dans de nombreux cas il s'agissait de Candida Albicans.

DENIZIS et MARSELLON (1960) ont constaté chez 173 femmes atteintes de Vaginites à Trichomonas Vaginalis la présence de Candida Albicans chez 44 malades.

TAUBERT (M.D) et SMITH (A.G) dans des statistiques datant de 1960, montrent que l'on trouve des mycoses vulvo-vaginales chez 15,8% des femmes non enceintes et chez 53,7% des femmes enceintes.

ROIRON RAHIER 1962 a isolé le Candida Albicans chez 2090 des femmes examinées.

En 1965, YAFFEE (H.) décrit les premiers cas de Vaginites à Candida Albicans chez des femmes utilisant des contraceptifs oraux.

Il semblerait que la fréquence des vaginites à Candida Albicans se soit donc élevée dans ces dernières années.

AGENT PATHOGENE

Les Candida font partie des levures, champignons se multipliant par bourgeonnement de cellules isolées. Les levures elles mêmes se divisent d'après LODDER en deux grandes catégories :

- levures vraies ou ascosporeées, qui ont une reproduction sexuée ; type famille de SACCHAROMYCES.

- levures anascoporeées qui n'ont pas de reproduction sexuée et qui forment la grande famille des crypto-coccaceae dont fait partie le genre Candida de la sous famille des cryptococcoïdeae.

Le genre Candida est une levure produisant du pseudo ou du vrai mycelium, portant des verticilles réguliers de blastospores. 35 espèces (fig.3).

Au microscope entre lame et lamelle. On observe :

- des formes levures isolées, arrondies ou ovalaires de 2 à 3/4 selon leur grand axe, capsulées ou non avec présence d'un bourgeon polaire.

- des formes pseudo-mycéliennes, courtes chainettes de 3 à 10 levures. De par leur abondance, elles peuvent être les caractéristiques d'une espèce : candida albicans. Elles signent une activité pathogénique élevée du genre.

- des formes mycéliennes vraies qui peuvent provenir de l'allongement d'une levure isolée (hyphe). Cette forme filamenteuse vraie est aussi caractéristique du candida albicans.

.../...

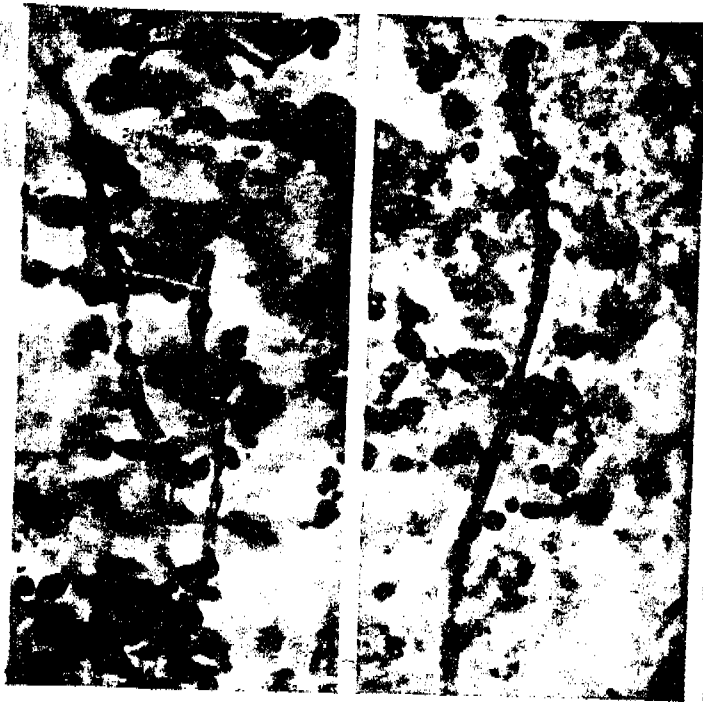


FIG. 4. — *Candida albicans* dans le frottis vaginal: filaments mycéliens et spores.
(Imm. huile 90 ×, Oc. 10 ×).



FIG. 5. — *Candida albicans*: amas de spores accolés aux filaments mycéliens.
En bas à droite: une cellule intermédiaire.
(Imm. huile 90 ×, Oc. 10 ×).

Les *Candida* apparaissent sous forme de petites cellules isolées de 2 à 4 μ ovales, bourgeonnantes, à paroi mince, accompagnées ou non de filaments mycéliens. Ces filaments formés d'articles de longueur variable à extrémités arrondies, mesurent de 3 à 5 μ de diamètre ; parfois deux articles sont en prolongement l'un de l'autre ; au point de jonction on observe souvent quelques éléments bourgeonnants. C'est cette présence de levures bourgeonnantes et de filaments qui permet de faire le diagnostic du genre *Candida*. Mais il est important de savoir que ce n'est pas seulement le *Candida albicans* qui peut être agent d'une candidose vaginale. C'est le plus fréquemment rencontré, mais à côté de lui nous avons le *Candida Tropicalis* et le *Candida Krusei* qui sont tous deux rares.

On peut d'autre part isoler dans le frottis vaginal un autre champignon, le *Leptothrix vaginalis*. Il s'agit en l'occurrence de mycobactéries très grêles, semblables à des cheveux souvent immenses. Elles ne sont pas ramifiées et se trouvent à l'état isolées ou enlacées en amas denses ; mais il n'existe pas de documents au sujet de leur existence dans le vagin.

Morphologie des candidas et de l'espèce *C albicans*

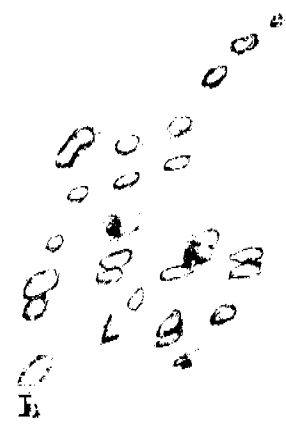
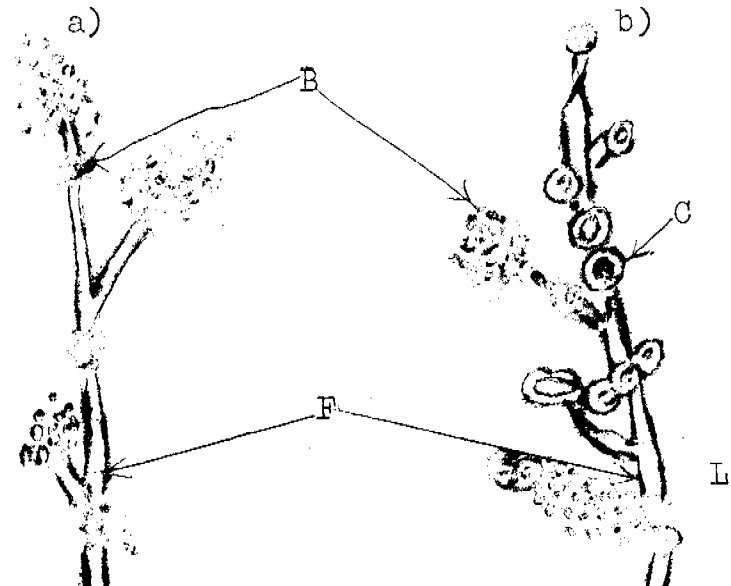
Levures L bourgeonnantes non caractéristiques sur le milieu de sabourand glucosé (isolement)	Filaments F porteurs d'auras de blastospores B	Filaments (F) porteurs de blastospores B et de Chlamydo-spores C
		

Fig 3 : d'après E DROUHET

- a) caractéristiques des levures du genre *Candida*
Milieu PCB

- b) spécifiques de l'espèce *Candida albicans*
Milieu PCB.

PATHOGENIE

Habitat :

Les candida ne vivent pas dans les conditions naturelles en parasites, mais en saprophytes d'un organisme hôte (homme ou animal).

Le Candida Albicans, seule espèce dont le pouvoir pathogène est hors de doute, n'a été qu'exceptionnellement isolé en dehors du corps humain ou animal. Il se retrouve à l'état saprophyte sur les muqueuses digestives (buccales, œsophagiennes gastriques, intestinales, ano-rectales biliaires), péritonéales, broncho-pulmonaires, vaginales. Il existe aussi des localisations plus rares au niveau du système nerveux, en ORL, au niveau des yeux, de l'appareil cardio-vasculaire et même des septicémies à Candida.

Causes favorisantes :

Les candida champignons en général saprophytes ne peuvent devenir pathogènes que sous certaines influences. Ils peuvent donc avoir une origine autogène (par leur biologie) ou une origine hétérogène due à une contamination par milieux souillés.

Mais quelque soit l'origine de l'infestation, elle demande pour se développer chez le sujet une sensibilité particulière. Les causes favorisant les candidoses semblent assez nombreuses. Ce sont :

Causes locales :

- L'humidité et la macération jouent un rôle déterminant dans le développement des candidoses, or le vagin est un organe qui remplit ces conditions par son humidité et sa situation anatomique,

- L'abus d'injections vaginales

- Les contraceptifs "mécaniques"

- Sous vêtements en tissus synthétiques non aérés

Causes générales :

- La grossesse : à cause de modifications de l'équilibre hormonal et son retentissement sur le milieu vaginal (augmentation du glycogène).

- Le diabète : les cas de candidoses sont statistiquement plus nombreux chez les diabétiques que chez les sujets sains. Sans doute l'hyperglycémie favorise-t-elle la prolifération du candida, mais la perturbation de l'activité phagocytaire des polynucléaires semble aussi intervenir.

- Terrains leuceuniques, néoplasmes, maladie de Hodgkin dans ces affections malignes, surtout hématologique, il est difficile de faire la part de l'affection elle-même et des thérapeutiques appropriées (antimitotiques, antibiotiques corticoïdes, rayons x etc...) efficaces mais agressives.

- Thérapeutiques : les antibiotiques à large spectre, emploi abusif de savons acides pour la toilette (les champignons préférant un PH acide), les traitements hormonaux (progestatifs, oestro-progestatifs, la "pilule", corticostéroïdes.)

- plus accessoirement les immuno-dépresseurs ou supprimeurs.

- un état général déficient accompagné régulièrement d'une diminution de la résistance de l'organisme.

En règle générale sont à considérer comme causes favorisantes des candidoses, toutes les agressions qui d'une part entraînent un effondrement de l'immunité humorale, de l'immunité cellulaire ou un déséquilibre hormonal et d'autre part favorisent un ph vaginal suffisamment acide.

ETUDE CLINIQUE

La candidose Vaginale typique est une vulvo vaginite se manifestant par :

- une leucorrhée peu abondante, blanc moiré, grumeleuse, acide.
- un prurit vulvaire tenace entraînant des brûlures, une dyspareunie, parfois un oedème de la vulve.
- des lésions cutanées comme irritation de la face interne des cuisses.
- une cystite et une dysurie associées souvent.
- on peut également voir associées à la vulvo-vaginite des lésions anales, digestives, plantaires, etc...
- des complications psychocardiologiques sont souvent observées.

L'introduction du spéculum peut être douloureuse. L'examen après écouvillonnage montre une muqueuse vaginale soit rouge violacée, soit saignante, soit recouverte de tâches ressemblant tout à fait à des papilles. On peut avoir aussi un aspect granuleux, des nodules indurés, un aspect papulo-érosif et même syphiloïde. Parfois il s'agit seulement d'une simple irritation vaginale.

Le col aussi peut être recouvert d'un enduit pul-tacé (colonie de Candida) ou rester normal.

DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES

- 1.- Selon la symptomatologie
 - a) Forme aiguë ou forme majeure : Leucorrhée abondante, prurit intense, brûlure et dyspareunie insupportable. Les malades à ce stade finissent par être obsédés par cette infection.
 - b) Forme moyenne : Leucorrhée et prurit modérés, une muqueuse vaginale un peu rouge, un enduit épais, parfois grumeleux est retrouvé aussi dans les culs de sac vaginaux latéraux.
 - c) formes latentes, restent longtemps asymptomatiques. Le seul signe d'appel pouvant être parfois un prurit très intense.

.../...

2. Selon la localisation

On a retrouvé à côté de cette localisation vaginale, une localisation rénale pure mais qui est le plus souvent le fait d'une dissémination hémotogène du candida au cours d'une septicémie.

3. Selon l'évolution

Il existe des formes de candidoses vaginales récidivantes. Ces récidives sont dues soit à l'arrêt d'un traitement insuffisant, soit à un réensemencement du germe.

4. Formes associées :

- Il existe une association Candida-Trichomonas. Mais étant donné leur biologie propre, il semblerait que chaque germe se situe à un niveau différent sur la muqueuse vaginale.

- L'association gonocoque candida est une coïncidence, parce que le gonocoque donne une urethrite tandis que le candida donne une vaginite. Chez l'homme, les deux germes peuvent donner une urethrite.

- Association avec les pyogènes banaux : l'adjonction de candida aux cultures de staphylocoque ou de colibacille on augmente la vitalité.

II H A P I T R E IV

IMPORTANCE MEDICO-SOCIALE

I. NOTIONS EPIDEMIOLOGIQUES

A. Fréquence :

Les infections vaginales sont actuellement très fréquentes, et leur fréquence est beaucoup plus importante qu'on ne l'imagine habituellement.

Le pic d'infestation se situe entre 18 et 45 ans, c'est-à-dire lors de la période d'activité génitale (cf tableau I).

Les Vaginites peu fréquentes après la ménopause sont aussi rares chez les fillettes impubère dont le PH est le + souvent alcalin que neutre.

Les deux formes les plus fréquentes de Vaginites chez les femmes en activité génitale sont provoquées par le Trichomonas et le Candida.

Ainsi les Travaux de HAUSMAN et WRITTE et du Laboratoire SQUIBB estiment chez les femmes atteintes de Vaginites.

40% de cas de Trichomonose

20% de cas de Candidose

20% de cas de leucorrhées gonococciques

15% des cas de Vaginites à pyogènes banaux

5% de cas d'inclusions virales.

D'autre part une remarque a été faite sur la fréquence des vaginites candidiques chez les femmes enceintes, et les femmes, sous pilule, par contre le Trichomonas lui est retrouvé plus fréquemment en dehors de tout état de grossesse.

Trichomonose et Candidose, Vaginites parasitaires sont devenues des affections d'importance mondiale favorisée par le développement de la liberté sexuelle.

B. Modes de Transmission :

On distingue deux modes de contamination :

- un mode direct

- un mode indirect

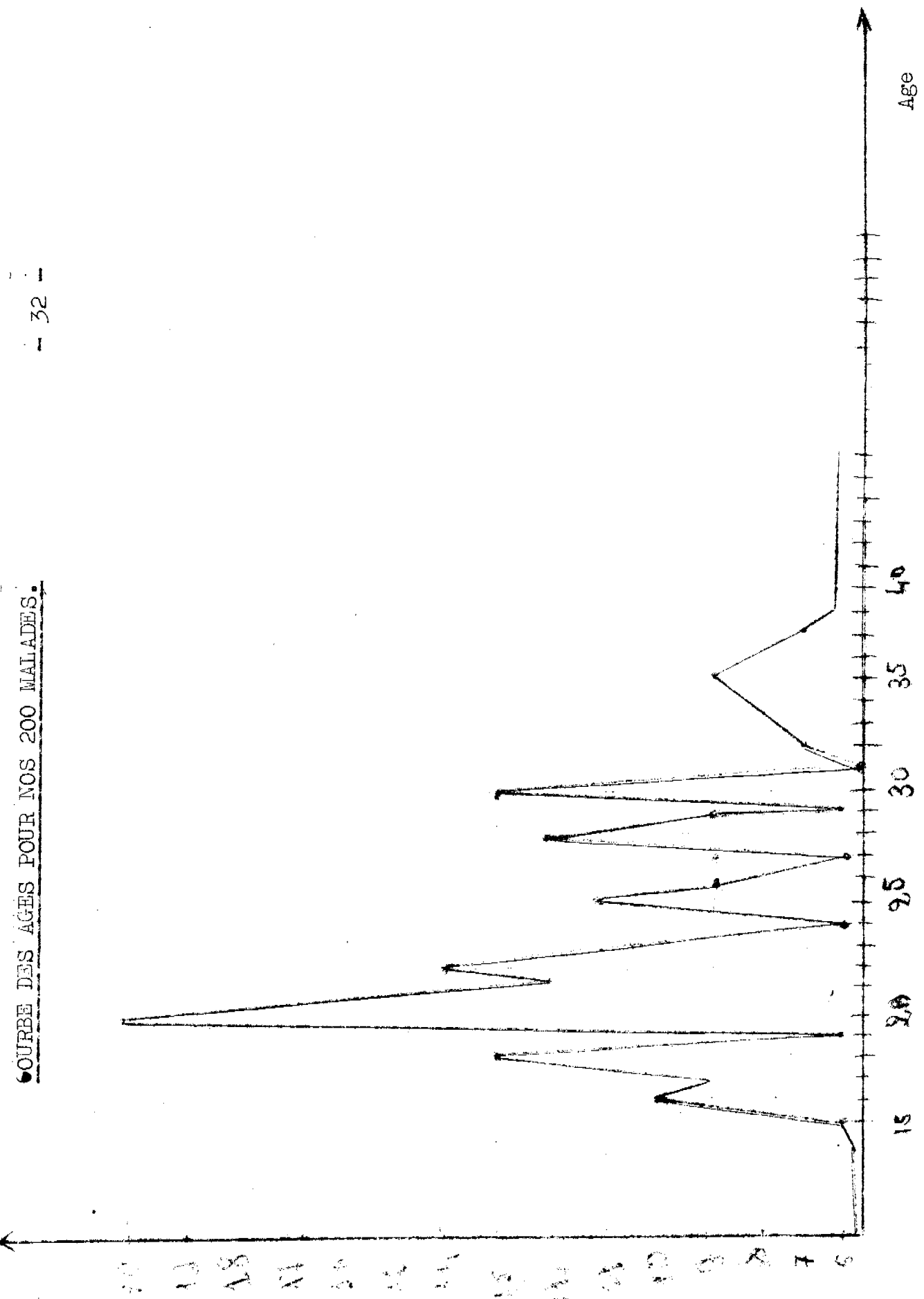
1. Mode de contamination direct :

Dans la grande majorité des cas, la transmission est vénérienne. La Trichomonose et la Candidose, sont considérées comme de véritables maladies vénériennes, qui seraient transmises à la femme par un homme,

(cf tableau II, ci-après).

Nombre
de cas

COURBE DES AGES POUR NOS 200 MALADES.



C'est de ce mode de contamination que découlent les conflits conjugaux.

Mais pour le Trichomonas, certains auteurs, tenant encore à l'unicité du Trichomonas (Vaginalis, intestinalis) parlent de contamination de l'anus à la vulve et exposent ainsi le rôle néfaste du slip (Louis Grollet).

Mais cette dernière hypothèse est loin d'être admise par tous.

2. Mode de contamination indirect :

Il s'agit :

- de la contamination à la naissance (très rare).
- de la contamination par le linge
- de la contamination par les objets de toilette.
- de la contamination par les instruments d'hygiène intime.
- de la contamination par les doigts.

C'est ce mode indirect qui permet d'expliquer l'existence de Vaginites chez la vierge et chez la petite fille : Transmission se faisant de mère à enfant ou de grande soeur à petite soeur par l'intermédiaire des vecteurs cités ci-dessus.

3. Contamination de l'homme :

Elle se fait au cours d'un rapport sexuel. Celui-là peut soit rester porteur sain (danger épidémiologique) soit présenter une urethrite ou encore une balanite. Mais parfois l'infestation atteint tout l'arbre uro-génital et entraîne ainsi d'autres localisations comme : une prostatite, une cystite, un rétrécissement de l'urèthre, une hémospemie et même une pyelonephrite. Seulement il faut savoir que l'urethrite est de loin la localisation la plus fréquente. Ses signes apparaissent après 4 à 30 jours d'incubation. Ils peuvent évoquer ainsi soit :

- une urethrite à gonocoque avec prurit, gonflement au niveau des lèvres du meut, brûlures à la miction. La sécrétion est dans ce cas abondante parfois purulente et même hémorragique, on peut également observer parfois un oedème du prépuce rendant pénible l'érection et l'éjaculation.

- une urethrite subaiguë avec suintement discret pouvant sans traitement entraîner des élancements et des brûlures du conduit avec pollakurie.

Tableau I

PRINCIPALES MALADIES TRANSMISES PAR VOIE SEXUELLE :

HTS

Symptômes	Maladies	Durée d'incubation	Agent pathogène	Complications plus fréquentes
Inflammation urogénitale	Gonococcique	2 à 6 jours	Bactérie: gonocoque ou Neisseria gonorrhoeae.	- Chez l'homme: prostatite, épididymite, retrecissement, stérilité. - Chez la femme: métrite, épithéliose, vaginite, cervicite, etc.
Chez l'homme: écoulement purulent visible apparaissant à l'extrémité du sexe et douleur à la miction.	Non gonococcique Mycoplasmas Trichomonas Chlamydia Candida	Mal connue (4 jours à plusieurs mois). 5 jours à 1 mois. Quelques jours (souvent inconnue). 3 jours à 1 mois.	Bactérie: Mycoplasmas. Protozoaire: Trichomonas vaginalis. Micro organisme: Chlamydia. Levure: Candida albicans	- Annexite, avortement, infection puerpérale. - Annexite et épithéliose - Syndrome de Reiter arthralgie - Syndrome de Reiter arthralgie - Cystite endométrite
Ulcération au point d'inoculation en général dans la région génitale	Chancres Chancres mou: douleur, base molle adénopathie de l'aïne qui peut s'ulcérer.	Chancres 2 à 4 semaines. Syphilis Ttre 8 à 14 semaines. "tardive à partir de 5 ans".	Micro organisme Treponème ou Treponema pallidum Bactérie: Haemophilus Ducreyi, bacille de Ducrey.	- Oedème muqueuse, nerse, vadoilaire, viscérale, mort du fœtus, syphilis génitale. - destruction des tissus: infections ou lésions suppurées des ganglions lymphatiques.
Lesions ulcératives génitales	Herpès génital	2 à 7 jours parfois plus.	Herpès virus en général type II	Meningite - encephalite Cancer du col ?
Adénopathie: (affectations des ganglions lymphatique de l'aïne) avec ou sans ulcération génitale.	Lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas et Favre) Granulome inguinal ou Donovanose	5 à 25 jours parfois plus. quelques jours à plusieurs mois	Chlamydia Bactérie: Donovanias. Granulomatosis.	- lésions ulcératives des organes génitaux (adénopathie - retrecissement). - ulcération dans la région de l'aïne, lésions osseuses

- une urethrite très discrète avec légère irritation méatique et une "goutte matinale".

II.- INCIDENCE SOCIALE

- Nous entendons par incidence sociale la répercussion des vaginites sur les rapports sexuels, sur la vie conjugale, sur l'état psychique et la conception que les gens ont vis à vis des vulvo-vaginites.

- La forme mineure des vaginites reste encore négligeable pour les femmes, alors que la forme majeure les affole.

En effet ce ne sont ni la douleur qui n'existe que rarement ni les pertes blanches en elles-mêmes (sauf quand elles deviennent abondantes) qui inquiètent tellement les femmes, mais bien plutôt les démangeaisons, les brûlures à la miction, qui leur donnent l'impression d'une maladie honteuse, d'une véritable déchéance physique et pour, les femmes mariées d'une dyspareunie ressentie comme une faute.

Elles s'alarment, perdent l'appétit et le sommeil, tombent dans l'angoisse, exigent du médecin une amélioration rapide, parce que à leurs yeux, aux yeux de leur époux, aux yeux de leur famille une vulvo-vaginite est une infidélité et presque un déshonneur.

- Pour l'homme un écoulement est toujours suspect et contagieux. Combien de fois nous avons vu un homme venir se plaindre d'écoulement uréthral gonococcique ou non. Si sa conscience est pure, il incriminait sa femme ou son amie, non seulement de l'avoir contaminé ce qui est vrai, mais de l'avoir trompé ce qui n'était pas toujours exact. Malgré l'abord psychologique visant à ne pas dramatiser la situation, tout est remis en cause entre les époux, surtout la confiance.

- La femme ainsi accusée est moralement blessée, devient anxieuse, anorexique, perd le sommeil, ce qui retentit sur son état général (amaigrissement) sur son comportement social (tristesse, mélancolie, nervosisme etc...) sur son comportement sexuel (vaginisme psychique).

- En milieu polygamique, le mari peut à tort ou à raison accuser une de ses femmes, qui peut alors devenir la risée de ses coépouses, d'où conflits multiples. Les femmes aussi peuvent à tort

ou à raison accuser leur mari. Dans tous les cas, des conflits naissent et l'atmosphère conjugale en est perturbée.

- Dans le temps où le gonocoque fut le principal agent de la vaginite et de l'urethrite, il suscita chez chacun des conjoints un certain sentiment de culpabilité semblant témoigner à tort ou à raison d'un commerce adultérin.

A notre époque *Trichomonas vaginalis* et *candida albicans* ont pris le pas sur le gonocoque sans que cet état de chose ait subi un revirement notable. Nous avons beau expliquer que vulvo-vaginite ne veut dire ni gonococcie, ni adultère, mais des problèmes se posent toujours parce que *Trichomonose*, *candidose* et *gonococcie* sont toutes des maladies vénériennes : c'est ce qui fait la confusion, surtout que la gonococcie est en pleine extension.

La dyspareunie elle aussi est une source de conflits. Les rapports sexuels provoquent dans ce cas chez la femme des douleurs intolérables et deviennent ainsi impossibles, la femme préfère s'y abstenir. Mais cela n'est toujours pas approuvé par le mari qui lui à son tour peut y voir plusieurs interprétations ; tout dépend de la confiance qu'il a pour sa femme.

Bien que *Trichomonose* et *Candidose* soient d'origine vénérienne, à notre avis, pour éviter les conflits conjugaux, il serait important d'expliquer aux conjoints d'une part la possibilité de contamination indirecte et d'autre part l'existence dans le vagin à l'état saprophyte de *Trichomonas* et de *Candida* dont la virulence peut s'exalter d'un jour à l'autre à l'occasion d'une cause favorisante et parfois même sans explication.

000

CHAPITRE V

NOS OBSERVATIONS

QUELQUES OBSERVATIONS

Observation N°1 : Mme Oumou S.

30 ans, mariée, polygamme, mère de 4 enfants, cycle régulier. Consulte pour prurit vaginal.

L'interrogatoire retrouve une leucorrhée peu abondante, un prurit intense, des signes urinaires et une constipation.

Examen gynécologique : rapporte

- vulve congestive - leucorrhée peu abondante, épaisse et blanchâtre - schiller irrégulier - col sain - vagin rouge violacé .

- le toucher vaginal donne : utérus mobile, en bonne position.

Examens complémentaires frottis - culture.

- examen direct : spores de champignons

- culture : type candida albicans.

Observation N°2 : Mme Fanta S.

48 ans, mariée, polygamme, sans enfant, cycle régulier.

Consulte pour douleurs pelviennes et prurit vaginal.

L'interrogatoire retrouve

- vulvite avec gerçures - sécrétion minime blanc jaunâtre - vagin rose pâle - col à peu près sain - schiller régulier -

- Le toucher vaginal donne un gros utérus sensible en position intermédiaire - cul de sac gauche sensible aussi.

Examens complémentaires : frottis - culture

- examen direct : présence de nombreux trichomonas de spores et de filaments mycéliens.

- culture : Candida albicans.

.../...

Observation N°3 : Mme Salimata D.

38 ans, divorcée, mère de 6 enfants dont 2 vivants, cycle régulier.

Consulte pour frigidité.

L'interrogatoire : rapporte une dysménorrhée 1 jour avant les règles et 3 jours après.

- une leucorrhée abondante l'obligeant à se garnir parfois.

- un prurit intense

- des signes urinaires avec urines troubles

- un transit normal.

Examen gynécologique retrouve

une vaginite, une colpite

une leucorrhée abondante, blanchâtre striée de sang et d'odeur déplaisante.

Le toucher vaginal : petit utérus en position intermédiaire, douloureux au contact du col.

Examens complémentaires : frottis - culture

examen direct : Trichomonas vaginalis

culture : ne signale rien de plus.

Observation N°4 : Mlle Fanta T.

20 ans, célibataire, sans enfant, cycle régulier.

Consulte pour leucorrhée.

L'interrogatoire : rapporte une dysménorrhée avant les règles, des lombalgies, une leucorrhée abondante odeur déplaisante, le prurit est inexistant, les signes urinaires absents.

Examen gynécologique : retrouve

- une sécrétion abondante mousseuse, fétide, blanchâtre.

- un vagin rose pâle - col sain.

Le toucher vaginal; utérus en bonne position.

Examens complémentaires : frottis - culture

Examen direct : Trichomonas vaginalis

Culture : Nesseria gonorrhoeae

bacille pyocyanique.

Observation N°5 : Mme Kadiatou D.

22 ans, mariée, monogamme, mère d'1 enfant de 3ans1/2
Cycle irrégulier (malgré traitement).

Interrogatoire : retrouve une dysmenorrhée à la fin
des règles, une leucorrhée peu abondante depuis sa première
grossesse.

Examen gynécologique : vulve normale

Secrétion blanchâtre

vagin normal, col sain.

Le toucher vaginal donne un utérus en bonne position.

Examens complémentaires : frottis - culture.

Examen direct : spores de champignons mycéliens

Cocobacille gram⁻, Staphylocoque.

Culture : Candida albicans

Staphilocoques pathogènes.

Observation N°6 : Mme Astou D.

32 ans, mariée, polygamme, mère de 2 enfants. Cycle
régulier.

Consulte parce que son mari fait urethrite chronique.

Interrogatoire : retrouve une dysmenorrhée pendant les
règles.

- une leucorrhée abondante épaisse

- prurit inexistant, signes urinaires modérés, une
constipation.

Examen gynécologique : sécrétion purulente, épaisse, fétide,
abondante - col sain - vagin rose.

Toucher vaginal montre un utérus en bonne position.

Examens complémentaires : frottis - culture

Examen direct : quelques hématies, rares leucocytes,
des cellules pavimenteuses.

Culture : Neisseria gonorrhoeae

.../...

Observation N°9 : Mme Hamedat E.

43 ans, mariée, monogamme, mère de 7 enfants, cycle régulier.

Consulte pour leucorrhée et prurit vulvaire.

L'Interrogatoire rapporte une leucorrhée abondante obligeant la patiente à se garnir, un prurit vulvaire, des brûlures, signes urinaires (dysurie), un transit normal.

L'examen gynécologique : retrouve une leucorrhée sangui-
nolante, spumeuse, épaisse avec lésions de grattage.

Vagin rougeâtre - col sain.

Le toucher vaginal donne un utérus en retroversions annexes non perçues.

Examens complémentaires : frottis - culture

Examen direct : Trichomonas Vaginalis.

Culture : Gonocoques - Spores de champignons du type candida albicans.

Observation N°10 : Mlle Nantogoma S.

18 ans, célibataire, sans enfant, cycle régulier.

Consulte pour douleurs pelviennes exacerbées par les règles.

L'Interrogatoire rapporte :

- des douleurs atroces pendant les règles
- un prurit calmé selon elle par les rapports.
- une leucorrhée abondante - signes urinaires absents - transit normal.

Examen gynécologique : retrouve

- sécrétion abondante, fétide, purulente, blanc jaunâtre.
- vagin rouge - col punctiforme.

Le toucher vaginal - utérus mobile, en bonne position.

Examens complémentaires : frottis - culture

Examen direct : Trichomonas vaginalis, diplocoques.

Culture : Staphylocoques pathogènes.

RÉSULTATS ET COMMENTAIRE

La fréquence des vaginites en général par rapport aux autres affections gynécologiques paraît importante. Mais les résultats de l'année 1974 du centre de gynécologie de la P.M.I. de Niaréla nous donne seulement 47 cas de vaginites sur 1350 consultations pratiquées. (Tableau ci-après).

Tableau II

Trimestre	Nombre de consultations par trimestre	Nombre de cas de vaginites par trimestre	pourcentage
1 ^{er} trimestre	342	25	7,30%
2 ^e trimestre	383	6	1,56%
3 ^e trimestre	245	7	2,85%
4 ^e trimestre	380	9	2,63%
Total	1 350	47	3,48%

Cette rareté apparente des vaginites est due non seulement au fait que les femmes viennent rarement consulter pour simple leucorrhée, mais aussi à une insuffisance de statistique dans nos services où tous les cas vus ne sont pas souvent enregistrés.

Aussi les vaginites parasitaires semblaient être les types de vaginites les plus couramment rencontrés, mais nos résultats montrent une fréquence plus grande des infections mixtes. Sur 200 frottis de dépistage pratiqués au Laboratoire Central de Biologie de Bamako, il ressort 38 cas de Trichomonose, 14 cas de candidose, 6 cas de gonococcie 31 cas de vaginites à germes banaux et 111 cas de vaginites mixtes (germes associés).

(Cf Tableau III)

.../...

Tableau III

germes en cause	Nombre de cas sur les 200 frottis	Pourcentage
Vaginites à Trichomonas	38	19%
Vaginites à Candida Albicans	14	7%
Leucorrhée à gonocoque	6	3%
Vaginites à germes banaux	31	15,5%
Vaginites mixtes	111	55,5%

Notre bilan sur cette spécialité de l'hygiène des infections mixtes est donc favorable à l'égard de la polygamie.

Après ces bilans généraux, nous avons procédé à une répartition des 200 cas de frottis vaginaux selon que la patiente est polygamme, monogamme ou célibataire. Ceci parce qu'on considère généralement la polygamie comme source de contagion la plus favorable, croyance infirmée par nos résultats. Sur nos 200 patientes nous avons : 81 célibataires, 74 polygammes et 45 monogammes.

(Voir tableau suivant).

Tableau IV

germes en causes	célibataires	mariées	
		monogammes	polygammes
Trichomonas	12 cas	8 cas	18 cas
Candida Albicans	4 cas	1 cas	9 cas
Gonocoque	1 cas	1 cas	4 cas
germes banaux	20 cas	4 cas	7 cas
germes associés	44 cas	31 cas	36 cas

A notre avis la supériorité numérique au niveau des célibataires s'explique par la relative liberté d'action dont elles jouissent par rapport aux mariées et du fait que bon nombre d'entre elles ont fait de la pratique sexuelle une profession.

.../...

Durant nos recherches, nous avons constaté l'existence de deux sortes de vaginites mixtes, celles à deux germes, et celles à germes multiples, l'ensemble constituant les 111 cas de vaginites mixtes (cf tableaux V et VI).

Tableau V

Vaginites mixtes : 2 germes associés

germes en cause	célibataires	mariées	
		monogames	polygames
Trichomonas+Candida Albicans	5	3	6
Trichomonas + gonocoque	5	1	4
Trichomonas + germes banaux	3	2	4
Candida albicans + gono- coque	2	1	1
Candida albicans +germes banaux	7	8	6
Gonocoque + germes banaux	10	8	7

Tableau VI

Vaginites mixtes : germes multiples,

germes en cause	Célibataires	mariées	
		monogames	polygames
Trichomonas + Candida Albicans + Gonocoque	1	2	3
Trichomonas + germes banaux + Gonocoque	4	1	2
Candida albicans + gono- coque + germes banaux	5	2	1
Trichomonas + germes banaux + Candida albicans	2	3	2

Après toutes ces analyses, nous avons jugé nécessaire de faire une répartition de nos 200 cas suivant les différentes causes favorisantes rencontrées.

Tableau VII

germes en cause	causes favorisantes rencontrées				autres causes
	grossesse	diabète	pilule	Médicaments Antibiotiques - antiseptiques	
Trichomonas	10	2	8	15	3
Candida Albicans	7	2	2	3	0
Gonocoque	2	0	4	0	0
Germes banaux	3	0	4	10	14
Trichomonas + candida albicans	4	1	4	2	0
Autres associations	10	0	25	15	50

Nous retrouvons ainsi certains des facteurs étiologiques et pathogéniques traités en détail dans les chapitres I et II.

- grossesse : à cause des modifications de l'équilibre hormonal.

- diabète : à cause de l'hyperglycémie, mais aussi des modifications de l'activité phagocytaire des polynucléaires.

- médicaments : parce qu'il existe au Mali un usage abusif des antibiotiques et des antiseptiques alors que les antibiotiques diminuent les défenses de l'organisme.

- pilule : actuellement appréciée par nos femmes comme meilleure remède de contraception, surtout les prostituées ; elle entraîne un état de "pseud. grossesse".

- Cependant il existe encore un bon nombre de vaginites dont l'étiopathogénie reste inexplicée à cause de l'ignorance de la plupart de nos femmes.

CONCLUSION

Nous avons essayé dans ce travail d'apporter notre modeste contribution à l'étude d'un sujet qui par la banalité de ses symptômes peut paraître de peu d'intérêt comparé aux autres affections gynécologiques.

I.- La compréhension de la pathogénie de ces vaginites suppose la connaissance du cycle vaginal, du glycogène vaginal, de l'acidité vaginale et surtout de la flore vaginale ; c'est ce qui nous a incité à faire un rappel histophysiologique dans notre introduction.

II.- Nous pensons, à la lumière de la littérature et des observations que nous rapportons, que les vaginites parasitaires deuxième grande cause de leucorrhée après la gonococcie, bien que souvent méconnues ou considérées comme affections mineures, méritent, en raison de leurs conséquences locales (pertes plus ou moins abondantes - prurit plus ou moins intense, pouvant s'étendre à la région anale, génito-crurale ou la face interne des cuisses - dyspareunie pénible pour la femme) de leurs conséquences générales (fatigue - amaigrissement - troubles neuro-végétatifs, nervosisme, tristesse, insomnie, anorexie, etc...) et de leur aspect médico-social (conflits conjugaux etc...) d'être très tôt dépistées et traitées (traitement qui, à notre avis, doit faire l'objet d'une autre étude).

III.- De toutes nos observations, il ressort que la clinique rapporte des renseignements précieux, mais le diagnostic est considérablement plus aisé, si l'habitude est prise de demander au biologiste de compléter tout examen bactériologique par une culture. Ne pas toujours se fier au seul aspect de la leucorrhée pour faire son diagnostic.

IV.- Nos femmes maliennes en majorité ne sont pas ou sont peu instruites et de ce fait ignorent souvent la toilette intime qui doit être pourtant de rigueur.

- Certaines méconnaissent l'affection et pensent que la leucorrhée existe chez toutes les femmes de façon variable.

- D'autres considèrent la leucorrhée comme symptômes d'une affection mineure et passagère ; tant qu'elles sont porteuses saines, elles le supportent bien, mais dès que la leucorrhée devient gênante ou que le prurit et la dyspareunie deviennent insupportables, elles s'alarment, s'inquiètent, viennent con-

sulter et exigent du médecin une guérison rapide.

- D'autres encore confondent vaginites parasitaires et gonococcie et les considèrent comme signes d'infidélité, de commerce adultérin ; c'est d'ailleurs le cas de la plupart des hommes. Ainsi pour faciliter la distinction entre vaginites parasitaires et gonococcie, nous avons estimé nécessaire de faire un diagnostic étiologique des leucorrhées et un diagnostic différentiel des vaginites.

V.- Certes les vaginites parasitaires sont bénignes, mais de part leur mode de transmission direct qui est de loin le plus fréquent, elles ont été classées parmi les maladies vénériennes ou maladies transmissibles par voie sexuelle.

Aussi, on considère généralement la polygamie comme étant la cause la plus favorable à l'extension des Vaginites : la transmission se faisant de Vagin à Vagin par l'intermédiaire du même homme. Mais d'après nos résultats, il apparaît qu'actuellement, polygamie, monogamie ou célibat sont sans différence significative, ceci à cause du développement de la liberté sexuelle dans notre pays et dans le monde.

VI.- Et pour finir, nous pensons, qu'il serait bon, à cause de l'importance médico-sociale des vaginites parasitaires, d'instituer un système d'éducation sanitaire qui aurait pour but de faire comprendre :

- aux hommes que leucorrhée ne veut pas toujours dire gonococcie, ni infidélité de la femme, mais qu'elle est la conséquence de l'infection de l'épithélium vaginal par divers agents, saprophytes pour la plupart.

- aux femmes la nécessité des mesures d'hygiène en particulier l'utilisation strictement personnelle des objets réservés à la toilette intime, solution importante pour la prophylaxie des infections vaginales.

B I B L I O G R A P H I E

- 1.- ANDRIANALIZAH Lalanirina
Contribution à l'étude du traitement des infestations vulvo-vaginales par la Dichlore-Hydroxy - Quinaldine.
Thèse N°85 - Bordeaux 1960.
- 2.- BELLOT L. ET SERSIRON
Les consultations journalières en gynécologie
Pages 76 - 107 à 115.
- 3.- BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AFRIQUE NOIRE DE LANGUE FRANÇAISE.
A propos des billarzioses génitales chez la femme.
Revue trimestrielle Volume XVIII N°4 1973.
- 4.- CAHIERS INTEGRES DE MEDECINE
Morphologie et endocrinologie (1)
Gynécologie obstétrique - Tome I
N°61 - 10 Février 1973. - Pages 25 - 26.
- 5.- CAHIERS INTEGRES DE MEDECINE
Cycle génital. Morphologie et endocrinologie (2)
Tome II - N°83 - 22 Sept. 1973 - Page 11.
- 6.- CAHIERS INTEGRES DE MEDECINE
Semiologie gynécologique
Morphologie et endocrinologie (3)
Tome III N°106 - 16 Mars 1974.
Pages : 2 à 7
- 7.- CALATAYUD Calab.
Résultats d'une enquête étiologique chez des patientes atteintes de leucorrhée.
Thèse : N°176 - Toulouse 1970.
- 8.- CAMILLE ROMAN
Pathologie Fonctionnelle et Thérapeutique en gynécologie.
Masson et Cie éditions 1962 - Page 138.

- 9.- CHAPPAZ G. ET CHATELLIER X.
Vaginites à Trichomonas.
G. Daer et C^{ie} 1951.
- 10.- CONCOURS MEDICAL
Notion pratique de gynécologie
Supplément au N°4 du 23/1/65
Pages 51 et 76.
- 11.- D'ALLAINES FRANCOIS - GRANZO A. - HUGLIER J. - KUSS.R.
Pathologie chirurgicale urologie gynécologie.
Flammarion Tome IV - 1956 - Pages 695 - 752/
- 12.- DROUHET.E. - DECROIX.G. - COUDERT.J.
SIBOULET.A. - MARTIN.L. - SCLAFER J. - ANSEL.M.
Les candidoses
1965 - Laboratoire SQUIBB.
- 13.- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE
Gynécologie Tome I 10A¹⁰
Pages 11 à 13.
- 14.- FAUCHART (Jean André)
Rôle de la carence en Oestrogènes dans l'étiologie
de la Vaginite à Trichomonas.
Thèse Paris 1948 N°637.
- 15.- FAYOLLE - Mme SALOMON Bernard
Comptes rendus de la société française de gynécologie
N°1.
Janvier 1963 - Pages 207 à 669.
- 16.- GENTILLINI MARC - DUFLO BERNARD - CARBON CLAUDE.
Médecine Tropicale
Flammarion - Médecine - Sciences.
- 17.- H. DE TOURRIS - HENRION.R.
Abrégé de gynécologie et d'obstétrique
2è édition - Pages 60 à 63.
- 18.- LAPIERRE J. ET HOLLER C.
Notions épidémiologiques et cliniques de Paragitologie.
Concours Médical N°45 page 101 à 104.
10 Novembre 1973.

- 19.- LATRILLIE J. VEAUX R. RIGON MJ.
DULONG DE ROSNAY C.
BOINEAU J. et PHOPPEP
Les Vaginites infectieuses.
Bordeaux Médical 1969, 10, 1981-2016.
- 20.- LE PETIT SAMLE Jacqueline
Contribution à l'étude de la vaginite à Trichomonas ;
Essais de Traitement.
Thèse N°230 - Bordeaux 1953.
- 21.- LICHTFUS Camille
La colpocytologie hormonale au terme de la grossesse
Thèse (grade agrégé d'enseignement sup.) Bruxelles 1966.
- 22.- LUMBROSSO Pierre
Gynécologie Pratique
Maloine SA - Paris 1960
- 23.- MAVIC Bernard
Quelques considérations sur les frottis vaginaux.
Thèse N°270 - Bordeaux 1958.
- 24.- MEDECINE D'AFRIQUE NOIRE
2è journées Médicales d'Abidjan
Revue mensuelle d'informations Médicales.
17è année N°7 Pages 607 à 610.
Juillet 1970.
- 25.- NETTER - THIBAUT C.
Gynécologie - reproduction
Pathologie médicale 12. - Page 35 - 48.
- 26.- NOVAK ER. JONES GS. JONES HW.
Gynécologie en Pratique.
Huitième édition
Pages 178 - 179
180 - 181
539.
- 27.- PECKER ANDRE
Hygiène et Maladies de la femme au cours des siècles.
Roger Dacosta Paris 1961 - Page 163 à 175.

- 28.- RAYMOND Annie
 Contrôle Parasitologique des Vaginites dans deux consultations hospitalières Toulousaines.
 Thèse N°157 - 1971 Toulouse.
- 29.- ROBERT HG. - PALMER R. - BOURY HEYLER C. - COHEN J.
 Précis de gynécologie
 Page 169.
- 30.- SALBUN Jean Paul
 Contribution à l'étude de la Flore des pertes vaginales.
 Thèse 1958 - Bordeaux N°74.
- 31.- SALVANET J.
 Les Monographies Médicales et Scientifiques : Gynécologie.
 Revue mensuelle de l'omnipraticien.
 Mai 1957 N°64 - Tome 1 - Pages 16 à 38.
- 32.- SALVANET J.
 Les monographies Médicales et Scientifiques, Gynécologie.
 Revue mensuelle de l'omnipraticien.
 Nov. 1957, 2, N°69 - Pages 49 - 57
- 33.- SALVANET J.
 Les Monographies Médicales et Scientifiques : Gynécologie.
 Revue mensuelle de l'omnipraticien.
 Avril - Mai 1959 - N°80 - Tome 5.
 Pages 20 à 28.
- 34.- SANTE DU MONDE
 Les maladies transmises par voie sexuelle.
 Le magazine de l'organisation Mondiale de la Santé.
 Pages 18 - 19 - Mai 1975.
- 35.- SARF (Mordechou)
 Dépistage et Traitement de la Vaginite à Trichomonas
 Thèse Paris 1954 N°834.

36.- SEGUY B.

Nouveau Mannel de gynécologie
Tome I - Pages 107 à 109

37.- SIBOULET (André)

Candidoses uro-génitales.
Laboratoire SQUIBB.

38.- SMOLKA H. ET SOOST HJ.

Cytodiagnostic en gynécologie
Masson et C^{ie} 1965 - Pages 76 - 78

39.- TURLIN GERARD

Traitement des vaginites rebelles.
Thèse N°1170 - Paris 1962.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui ne seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères".

"Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE I - VAGINITES EN GENERAL</u>	
Historique.....	7
Définition.....	8
Diagnostic étiologique des leucorrhées.....	9
Diagnostic positif des vaginites ou méthodologie.....	11
Diagnostic différentiel des vaginites.....	13
<u>CHAPITRE II - TRICHOMONOSE VAGINALE</u>	
Historique.....	15
Agent pathogène.....	16
Pathogenie.....	18
Etude clinique.....	20
Différentes formes cliniques.....	21
<u>CHAPITRE III - CANDIDOSE VAGINALE</u>	
Historique.....	23
Agent pathogène.....	24
Pathogenie.....	27
Etude clinique.....	29
<u>CHAPITRE IV - IMPORTANCE MEDICO-SOCIALE</u>	
Notions épidémiologiques.....	31
Incidence sociale.....	35
<u>CHAPITRE V - NOS OBSERVATIONS</u>	
Quelques observations.....	37
Résultats et commentaire.....	42
CONCLUSION.....	46