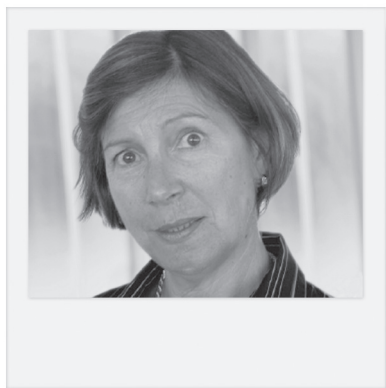


Pathologie gynécologique de la fille prépubère



→ **C. PIENKOWSKI, P. VABRE**
Unité d'Endocrinologie, Hôpital des enfants, CHU TOULOUSE.

Les pathologies gynécologiques de la fille prépubère sont, dans la majorité des cas, diagnostiquées grâce à un interrogatoire minutieux et un examen physique général et gynécologique.

Ce dernier ne s'avère pas être un geste anodin, il est primordial d'apporter toutes les précautions nécessaires à ce geste pour obtenir la confiance et la coopération de l'enfant et ses parents.

L'examen clinique

1. L'interrogatoire

Le premier temps de l'examen doit être un espace de parole afin d'établir une relation privilégiée avec l'enfant et ses parents, les rassurer et établir un climat de confiance. Il consiste à recueillir

les antécédents familiaux et personnels, le mode de vie de l'enfant avec son contexte familial et scolaire. Les symptômes gynécologiques à type de leucorrhée, hémorragie génitale, prurit... seront décrits en précisant leur mode de début et leur évolution. Il faut de plus préciser l'existence de signes généraux, digestifs ou urinaires associés. La courbe de croissance doit être retracée.

2. L'examen physique

La présence des parents lors de l'examen est souhaitable pour les jeunes enfants. L'examen doit débuter par la mesure du poids et de la taille. Il faut ensuite poursuivre l'examen général pédiatrique en n'oubliant pas de noter le stade de Tanner, la présence de signes d'hyperandrogénie et de réaliser un examen abdominal soigneux.

L'examen gynécologique doit être fait, après avoir mis en confiance l'enfant, et réalisé sans contrainte. Cet examen,

bien qu'indolore [1], n'est jamais anodin ; il convient donc de rassurer les parents et l'enfant. L'utilisation de MEOPA permet à l'enfant de se détendre, s'évader et d'avoir un effet amnésiant de l'examen. Le maître-mot est **l'observation**.

L'enfant doit être en décubitus dorsal, les jambes écartées en position "grenouille", c'est-à-dire les jambes repliées, les talons vers les fesses et les genoux écartés. Une délicate traction sur les grandes lèvres permet de visualiser l'ensemble de l'anatomie vulvaire (**fig. 1**) [2].

Il convient d'apprécier l'état d'imprégnation estrogénique de la vulve, la taille du clitoris, l'urètre, l'aspect de l'hymen, du tiers inférieur du vagin et la présence ou non de leucorrhées.

Les petits conseils pour l'examen :

– faire "gonfler le ventre" pour une bonne décontraction du périnée, une ouverture maximale de l'hymen et

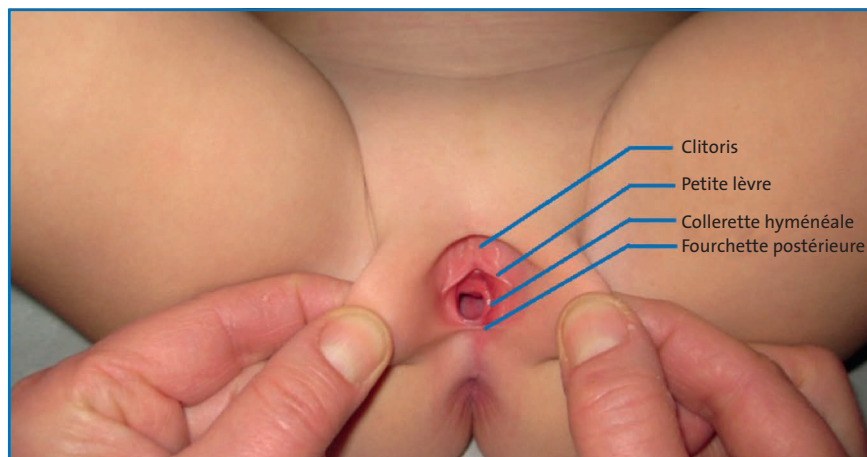


FIG. 1: Examen externe de la vulve.

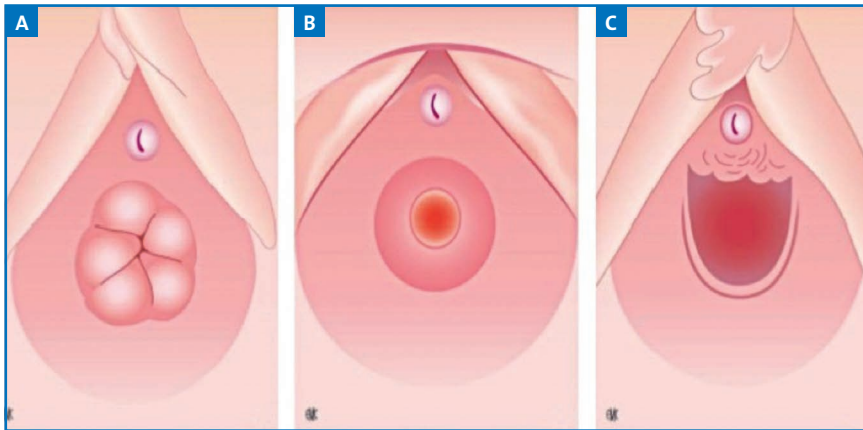


FIG. 2 : Variations anatomiques de l'hymen. A. Hymen festonné ; B. Hymen annulaire ; C. Hymen semi-lunaire.

la visualisation du tiers inférieur du vagin ;

- savoir faire tousser pour une extériorisation du contenu vaginal (leucorrhées, masse), surtout dans un contexte de métrorragie ;
- déplisser l'anوس pour évaluer la tonicité du sphincter, visualiser une fissure ou la présence d'oxyures ;
- position genu-pectorale : complément essentiel dans le cadre d'une expertise pour abus sexuel ;
- le toucher rectal avec l'auriculaire peut être utile en cas de corps étranger ou pour percevoir une masse intravaginale. Il n'est effectué qu'en milieu spécialisé et après que l'enfant ait consenti ;
- être prudent car il existe une variabilité anatomique interindividuelle de l'hymen avec certain hymen intact évocateur à tort d'abus sexuel pour un œil inexpérimenté. Il faut donc rester vigilant et éviter les interprétations hâtives (fig. 2).

3. Les examens complémentaires

Il faut éviter au maximum tout geste intrusif ; il ne convient pas d'utiliser d'instrument ou de vaginoscope qui s'avèrent souvent inutiles.

Les prélèvements bactériologiques ne sont pas indiqués dans la majeure partie des situations telles que la vulvite ou la présence d'un corps étranger. Ils permettent essentiellement de repérer

la présence de leucocytes, seul témoin d'une infection bactérienne nécessitant un traitement.

L'échographie pelvienne est indiquée si l'on suspecte une pathologie malformative dans les anomalies du développement pubertaire, ou la présence d'une masse pelvienne.

L'élément essentiel de la consultation est de rassurer et de mettre en confiance l'enfant et les parents. L'examen clinique permet à lui seul de poser un diagnostic dans la majeure partie des cas. Le maître-mot de l'examen gynécologique est l'observation, qui peut être complétée par un toucher rectal et/ou une échographie pelvienne.

Les vulvites et vulvo-vaginites

L'inflammation de la vulve est l'affection la plus fréquente chez l'enfant. C'est une pathologie bénigne, souvent récidivante. L'enfant prépubère est prédisposée à présenter cette affection par défaut de protection, dû à plusieurs facteurs :

- anatomiques : l'absence de pilosité et de petites lèvres fines et courtes rendent vulnérable le vestibule, l'aspect de l'hymen parfois large favorise les migrations vaginales et la proximité avec l'anوس ;

- physiologiques : l'absence d'estrogénisation, un Ph alcalin et l'absence de bacille de Döderlein diminuent les moyens de défense ;
- erreur d'hygiène des fillettes de 4-5 ans qui deviennent autonomes pour leur toilette, la difficulté est majorée chez la petite fille obèse et enfin l'hygiène est parfois inappropriée avec l'utilisation de lingette, de gant, de bains moussants.

Les enfants présentent un prurit ou une brûlure vulvaire, avec ou sans leucorrhée d'aspect variable et parfois des traces de sang. À l'inspection, la vulve est érythémateuse, la muqueuse est recouverte d'une sérosité louche. Le diagnostic est clinique, et les examens complémentaires ne sont pas indiqués.

Les prélèvements vulvaires sont inutiles, traumatisants et douloureux ; ils reflètent le plus souvent la flore périnéale, avec de nombreux germes et l'absence de leucocytes.

Le traitement des vulvites repose essentiellement sur des règles d'hygiène lors de la miction et de la toilette. Les recommandations d'usage concernant l'essuyage après chaque miction ou selle, d'avant en arrière, sont indispensables à rappeler. Il faut réaliser une toilette intime avec un savon adapté, rincer et sécher. Un traitement local par antiseptiques locaux et une crème hydratante, cicatrisante permettent de soulager les symptômes. Il faut limiter les causes aggravantes en traitant une constipation et une oxyurose.

À ne pas faire :

- instaurer un traitement antimycotique. Il n'existe pas de mycose vulvaire chez l'enfant prépubère ;
- instaurer un traitement antibiotique. S'il n'y a pas de leucocytes, il n'y a pas de surinfection bactérienne, donc le traitement est inutile.

MISES AU POINT INTERACTIVES

Cas particulier : les mictions vaginales

Cas typique de vulvo-vaginite récidivante avec érythème vulvaire, écoulement nauséabond souillant la culotte de l'enfant et présence d'urine dans le vagin. L'hymen est souvent béant, et de l'urine est retenue dans le vagin lors des mictions. Il faut alors reprendre les conseils d'hygiène mictionnelles avec l'enfant, lui conseiller d'enlever la culotte et le pantalon, de se tenir bien droite en écartant bien les jambes pour que le jet urinaire aille directement dans les toilettes et surtout éviter de se recroqueviller.

La vaginite est une affection plus rare, se présentant sous la même forme qu'une vulvite mais avec des leucorrhées purulentes constantes. Le toucher rectal permet d'éliminer l'absence de corps étranger et le prélèvement bactériologique s'avère nécessaire pour adapter le traitement. Il n'y a pas de rémission spontanée; un traitement antibiotique par voie orale est souhaitable, adapté à l'antibiogramme et associé à un traitement local par antiseptique.

La vulvite est fréquente chez l'enfant prépubère, la vaginite est rare. L'examen clinique permet de poser le diagnostic. Les prélèvements bactériologiques sont traumatisants et le plus souvent inutiles, reflétant la flore périnéale. Le traitement repose sur des recommandations d'usage et d'hygiène et sur un traitement local hydratant. Il a un fort risque de récidive.

La coalescence des petites lèvres

Elle s'observe fréquemment chez les petites filles entre 2 et 4 ans, et consiste en un accolement du bord libre des petites lèvres, avec un raphé médian translucide visible (fig. 3). Elle est le plus souvent asymptomatique mais



FIG. 3 : Coalescence des petites lèvres.

peut favoriser les infections urinaires ou vulvites récidivantes. C'est un phénomène bénin qui se réduit spontanément avec l'âge. Aucun traitement n'est nécessaire [3]. Toutefois, une réduction est possible avec une hydratation quotidienne. La réduction manuelle ou instrumentale est envisageable que si et seulement s'il existe des symptômes bruyants et récidivants.

Corps étranger

La présence d'un corps étranger intravaginal se manifeste par des leucorrhées nauséabondes, purulentes, persistantes malgré un traitement local bien conduit, ou réapparaissant à l'arrêt d'un traitement antibiotique.

L'examen gynécologique est l'élément clé du diagnostic; il permet de caractériser les leucorrhées et de visualiser le corps étranger s'il est situé dans le tiers inférieur du vagin. (fig. 4). Le toucher rectal permet d'objectiver la présence d'un corps étranger plus profondément situé dans le vagin. L'abdomen sans préparation ou l'échographie pelvienne sont rarement utiles.

Le traitement consiste en une exérèse délicate à la pince si le corps étranger est accessible et non traumatique, ou



FIG. 4 : Corps étranger intravaginal.

bien d'une exérèse sous vaginoscopie ou anesthésie générale. Il est toujours complété d'un lavement vaginal et d'un traitement antibiotique oral.

Lichen scléreux vulvaire

Les enfants de 3 à 7 ans sont particulièrement atteints par cette pathologie dermatologique. Elle est responsable d'un prurit intense, provoquant des lésions de grattage et de petit saignement vulvaire fréquent. Le diagnostic est clinique avec un aspect caractéristique de la vulve (fig. 5). L'aspect dépoli, blanc nacré de la muqueuse est évocateur, de localisation périvulvaire



FIG. 5 : Lichen scléreux vulvaire.

en "8" et périanale. Il est associé à des lésions de grattage visibles sous la forme d'hémorragies sous-épithéliales. L'histologie n'est pas utile devant des formes typiques d'autant plus que la dégénérescence est exceptionnelle dans l'enfance. Le traitement repose sur une corticothérapie locale, de longue durée, avec diminution progressive des doses [4]. Une surveillance pendant le traitement puis à long terme est indispensable car les récurrences sont fréquentes.

En pratique, le diagnostic de lichen scléreux vulvaire est clinique. Le traitement repose sur une préparation magistrale associant un corticoïde local de forte activité (type clobétasol Dermoval) à un antimycosique. Une application par jour pendant 1 mois, puis une application un jour sur deux le mois suivant, ensuite une application deux fois par semaine le dernier mois. Une surveillance régulière est indispensable.

Les hémorragies génitales

Les hémorragies génitales de la fille prépubère correspondent à l'ensemble des saignements de la sphère génital, qu'il soit d'origine vulvaire, vaginale ou de cause hormonale [5]. Le diagnostic peut être posé dans 80 % des cas grâce à un interrogatoire et un examen minutieux. Le but est de déterminer l'origine du saignement en éliminant toujours un trouble de l'hémostase.

1. Le saignement est d'origine vulvaire

• Atteinte cutanéomuqueuse

Les atteintes cutanéomuqueuse telles que la vulvite et le lichen scléreux vulvaire peuvent induire des hémorragies vulvaires sous forme de traces de sang isolées. Les angiomes et les malformations vasculaires situés en position vulvaire peuvent provoquer des saignements.



FIG. 6: Prolapsus urétral.

• Cause traumatique

La chute à califourchon est la principale cause d'hémorragie vulvaire secondaire à un traumatisme.

• Le prolapsus de l'urètre

Il s'agit d'une affection bénigne, peu fréquente de la fille prépubère, se manifestant par des saignements vulvaires, sans trouble urinaire associé. Il correspond à une éversion de la muqueuse congestive à travers le méat urétral.

À l'examen, on visualise une tuméfaction framboisée sanguinolente, centrée sur le méat urétral et située en avant de l'hymen (fig. 6). L'évolution est favorable sous traitement local par bains de siège et anti-inflammatoires locaux. S'il persiste, une exérèse chirurgicale peut être proposée [6].

• Les sévices sexuels

Les sévices sexuels doivent être suspectés à partir d'un large faisceau d'arguments et doivent donner lieu à un signalement (fig. 7).

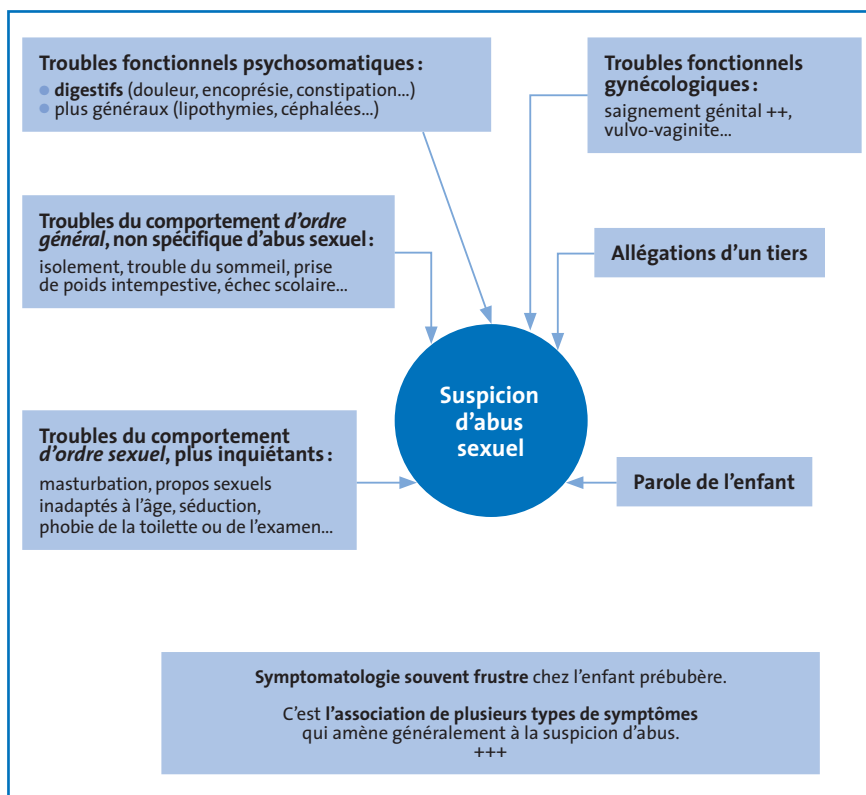


FIG. 7: Faisceau d'arguments suspectant un abus sexuel.

MISES AU POINT INTERACTIVES



FIG. 8 : Déchirure hyménéale à 6 h.

À l'examen gynécologique, il existe des lésions vulvaires et/ou hyménales. La lésion caractéristique est une plaie de l'hymen sous forme de déchirure complète qui persiste en position génopectorale (fig. 8).

2. Le saignement est d'origine endovaginale

Deux éléments fondamentaux sont à apprécier pour orienter notre diagnostic: la présence de leucorrhée et la présence de signes pubertaires.

•Présence de leucorrhée associée

S'il existe des leucorrhées associées au saignement, il faudra rechercher en premier lieu la présence d'un corps étranger endovaginal.

•Présence de signes pubertaires

Il est primordial de rechercher des signes pubertaires associés tels qu'un développement mammaire ou une pilosité pubienne. Le saignement est lié au développement de la muqueuse endométriale secondaire à une stimulation hormonale estrogénique.

La stimulation hormonale peut être liée à une puberté précoce centrale qui est définie par un démarrage pubertaire avant l'âge de 8 ans, associant un développement pubertaire, une accélération de la croissance et une avance de la maturation osseuse. Il peut s'agir d'une sécrétion hormonale ovarienne autonome, soit à partir de kyste sécrétant, soit d'une tumeur ovarienne.

Les kystes ovariens sécrétants sont décrits dans le syndrome de MacCune-Albright, survenant chez les filles de 2 à 4 ans et souvent associés à une atteinte cutanée (taches café au lait) et une atteinte osseuse (dysplasie osseuse). L'échographie pelvienne permet de visualiser une masse ovarienne anéchogène, strictement liquidienne. La mutation des protéines Gs-a est recherchée dans le sang périphérique ou le liquide de ponction du kyste [7].

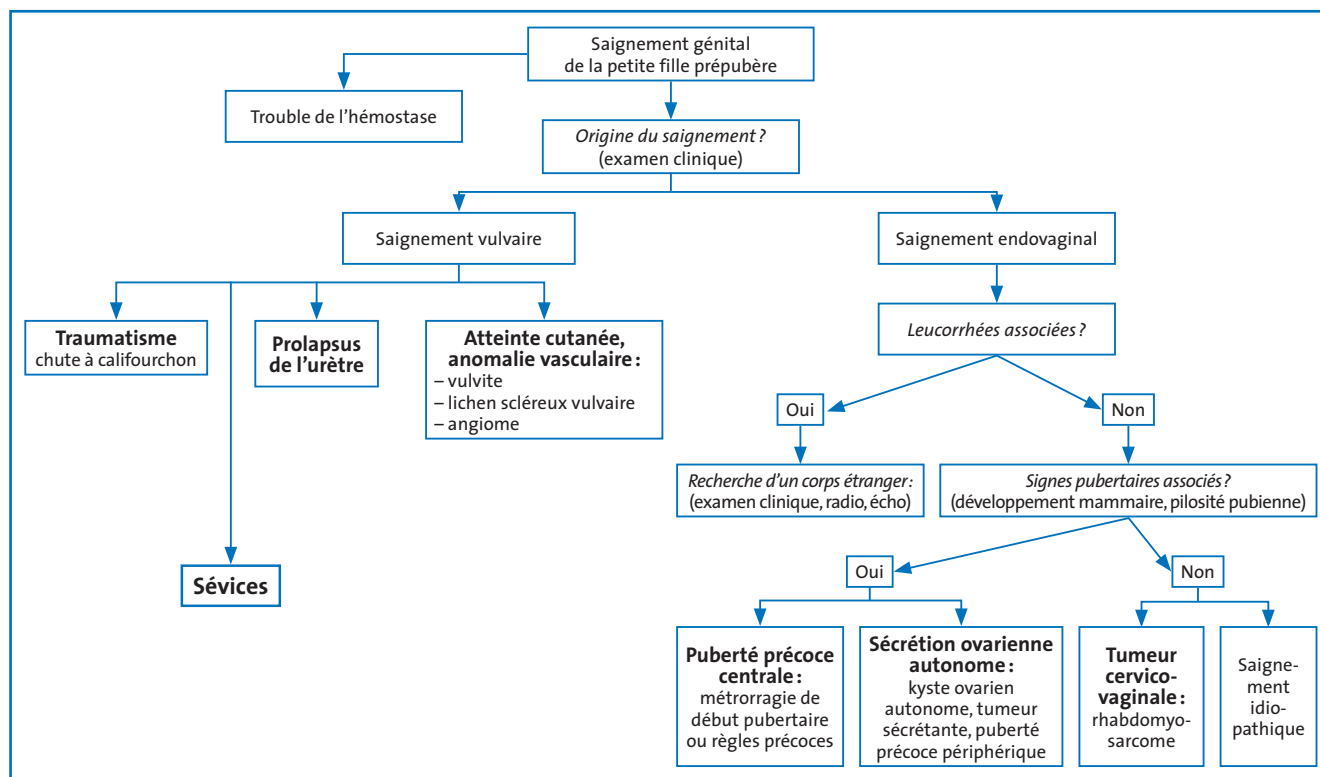


FIG. 10.



FIG. 9: Rhabdomyosarcome.

Les tumeurs de la granulosa sont les tumeurs ovariennes sécrétantes les plus fréquentes. Elles surviennent chez l'enfant de 6-8 ans et s'associent à des signes cliniques de développement pubertaires, voire à des signes de virilisation. L'échographie montre une masse ovarienne hétérogène, le taux d'estradiol ; l'inhibine et l'AMH sont élevés [8].

• Absence de leucorrhée et de signes pubertaires

Il s'agit probablement d'une tumeur cervico-vaginale (rhabdomyosarcome [fig. 9], adénocarcinome, tumeur du sac vitellin), qui peut s'extérioriser à la vulve lors de l'effort de toux. Ces tumeurs sont rares mais généralement malignes.

3. Arbre décisionnel (fig. 10)

Les hémorragies génitales sont diagnostiquées dans la majorité des cas grâce à l'interrogatoire et l'examen physique. Il faut déterminer l'orgine vulvaire ou endovaginale du saignement, rechercher des leucorrhées associées et la présence de signes de développement pubertaires.

Bibliographie

1. THIBAUD E. Examen clinique gynécologique de l'enfant et de l'adolescente. *Ann Dermatol Veneréol*, 2004;131:873-875.
2. CHAKHTOURA Z. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. Elsevier Masson 2011; 4-107-D-20.
3. THIBAUD E. Plaidoyer pour l'enfant: le traitement de la coalescence des petites lèvres est inutile. *Arch Pédiatr*, 2003;10:425-426.
4. POWELL J, WOJNAROWSKA F. Childhood vulvar sclerosus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol*, 2001;44:803-806.
5. IMAI A, HORIBE S, TAMAYA T. Genital bleeding in premenarcheal children. *BJOG*, 1995;49:41-45.
6. BALLOUHEY Q, ABBO O, SANSON S *et al.* Urogenital bleeding revealing urethral prolapse in a prepubertal girl. *Gynecol Obstet Fertil*, 2013;41:404-406. doi: 10.1016/j.gyobfe.2013.04.006. Epub 2013 May 31.
7. PIENKOWSKI C, LUMBROSO S, BIETH E *et al.* Recurrent ovarian cyst and mutation of the Gsa gene in ovarian cyst fluid cells: What is the link with McCune Albright syndrome? *Acta Paediatr*, 1997;86:1019-1021.
8. PIENKOWSKI C, BAUNIN C, GAYRARD M *et al.* Ovarian mass in adolescent Girls. *Endocr Dev*, 2004;7:163-182.

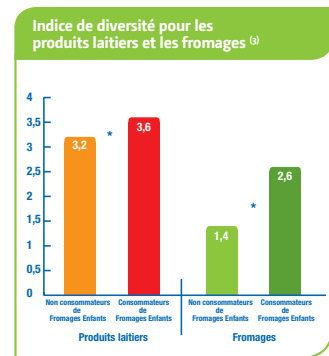
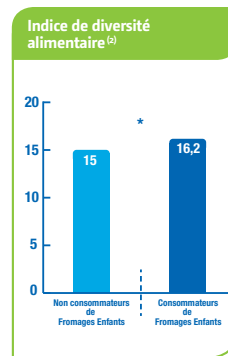
Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ATOUTS DES FROMAGES EN PORTION DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Les chiffres révélés par le CREDOC dans son enquête CCAF 2013 ont établi que la consommation des fromages enfants est associée à une plus grande diversité alimentaire et à une meilleure couverture des besoins en calcium des enfants⁽¹⁾. Des corrélations d'autant plus intéressantes que la situation s'aggrave avec le temps sur ces deux dimensions.

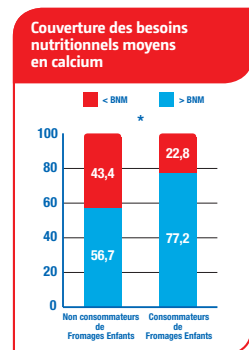
UNE PLUS GRANDE DIVERSITÉ ALIMENTAIRE

Les consommateurs de fromages enfants ont une alimentation plus diversifiée alors même que la crise économique actuelle a engendré une très forte baisse de la diversité alimentaire depuis 2007. L'indice de diversité⁽²⁾ des consommateurs de fromages enfants est ainsi significativement plus élevé que celui des non consommateurs. Ce constat s'explique notamment par le fait que leurs repas intègrent plus de composantes. Cette plus grande diversité s'applique particulièrement aux produits laitiers puisque les consommateurs de fromages en portion consomment plus de produits laitiers et de fromages différents. Ils consomment également plus de fruits et leurs repas comprennent plus de pain.



UN MEILLEUR STATUT NUTRITIONNEL EN CALCIUM

En 2013, 59 % des enfants consommaient moins de 3 produits laitiers par jour. Cela explique notamment que 39 % des 3-14 ans avaient des apports en calcium inférieurs aux BNM (Besoin Nutritionnel Moyen correspondant à 77 % des ANC). Une situation qui s'aggrave avec le temps puisqu'ils étaient 34 % en 2010. Parce qu'ils représentent une portion de produit laitier, les fromages enfants participent activement à la couverture des besoins calciques. En 2013, les enfants consommateurs étaient ainsi 77,2 % à atteindre leur BNM en calcium contre seulement 56,7 % des non consommateurs. Cette différence est observée quel que soit l'âge de l'enfant.



(1) CREDOC, CCAF, 2013. N=809 - Enfants de 3 à 14 ans
 (2) Cet indice de diversité évalue le nombre de groupes d'aliments consommés parmi 38, sur 2 jours non consécutifs.
 (3) Cet indice de diversité évalue le nombre de sous-groupes consommés sur 7 jours.



Fromagères BEL S.A. - Capital Social 10.206.502,50 € - RCS Paris 542 088 067 - 16, bd Malherbes/75008 Paris.