**MYCOSE VAGINALE**

* Candida albicans = cause principale (80-90%des cas) => sinon penser au C.non albicans => C.glabrata ou C.parapsilosis surtout si :
	+ si symptômes moins marqués
	+ 2° à utilisation fréquente de traitement par azole
	+ diabète de type 2
* Ad 20-50% des femmes saine sont porteuse génitale du C.albicans contre seulement 4% des filles prépubères
* Candidose réccurentes (8% des patientes) > 4 mycoses/an= avis gynéco
* Autodiagnostic avec 50% d’erreur diagnostique

Diagnostic différentiel:



**Symptômes** (ressemblent à une infection urinaire)

* **Prurit vulvaire = symptôme** **majeur** (rechercher lésions de grattage)
* **Brûlure** (en fin de miction ou juste après alors que dans l’infection urinaire les brûlures ont lieu pendant la miction. Stix urinaire avec sang et GB => peu utile pour dicriminer d’une IU)
* **Rougeur**, œdème des tissus +/- placard blancs
* **Douleur vaginales** majorée à la miction et lors des rapports sexuels (dysparéunie)
* Faibles perte vaginales qui auront un aspect jaune/blanc granuleux et inodore (**aspect de fromage blanc**)



**Facteurs de risques :**

* Perturbation de la flire normale :
	+ Antibiothérapie (responsable de 25-30% des cas)
	+ Douches vaginales et excès d’hygiène
	+ Hyperoestrogénisme : **pilules contraceptives**, périodes du cycle menstruel, **grossesse**, ménopause substituée
* Facteurs favorisant les infections fongiques :
	+ Bains fréquent, piscines
	+ Vêtement syntétiques ou serrés en période chaude
	+ **Régime alimentaire riche en HC**
	+ **Grossesse**
* Immunodépression :
	+ Traitement immunosuppresseur (cortico, chimio, HIV)
	+ Maladie chronique (diabète mal réglé, maladie tyroïdienne)

**Labo :**

* pH vaginal acide (pH4.0-4,5) ce qui permet de distinguer la candidose de l’infection à Trichomonas où le pH est plus basique (pH 5.0-6.0) => **si >** **pH 4.0-4.0, il est peu probable que ce soit une mycose car n’aiment pas les mileiux basiques !**

****

* Microspcopie négative dans 50% des cas
* Culture non recommandée pour premier épisode

**Traitement**

* Laver 1x/j à l’eau tiède au jet la vulve avant d’appliquer la crème/ovule antifongique
* Utiliser au choix :
	+ **Miconazole (Daktarin®, Monistat®)**:
		- 100 mg intravaginal pd 7j ou
		- 200 mg pendant 3 jours ou
		- 1200 mg dose unique ou
		- crème 2% 5g/j pd 7j
	+ **Econazole** **(Gyno-Pevaryl®, Pevaryl®)** (CI en cas de grossesse !) :
		- ovule 150 mg pd 3j +/- crème pour le partenaire et la vulve
	+ **Nystatine (Mutilind®, Mycostatine®)**
		- 10'000 U vaginal 1x/j pd 10 -14 jours :
* Cas particuliers :
	+ C.glabrata
		- **flucytosine** (Ancotil®) crème intra vaginale 5g pd 2 sem. car 50% sont résistant aux azoles.
		- **Acide borique :** 600 mg 1x7j pd 14j
		- **Si échec :** flucytosine 17% 5g la nuit pd 14j
	+ Grossesse => **clotrimazole (Gyno-Canestène®, Fungotox®, Corisol®)** ou **miconazole** (Daktarin®) en topique
	+ Infection sévère ou résistante au traitement de première intention => **fluconazole** **(Diflucan®)** 150 mg dose unique vs 50 mg pd 7 jours. NB certaines patientes répondent toutefois mieux à la crème intravaginale => si échec, associer les 2 !
	+ Traitement des infections récurrences (>4/an): **fluconazole** **(Diflucan®)** 150 mg/dose tous les 3 j ad disparition des symptômes suivi d’un traitement 1x/sem. pd 6 mois.
	+ Traitement des patients immunosupprimés ou cystites, PNA :
		- **Fluconazole** **(Diflucan®)** 200-400 mg pd 7-14j selon les cas
		- **Amphotéricine B liposomale (Ambisome®)**: 0,3-0,7 mg/kg pd 7-10 j

**Prévention des récidives**

* Eviter les relations sexuelles pendant 1 semaine pd le traitement
* Desinfecter le linge intime à 60° ou ajouter un fongicide dans la lessive
* Hygiène intime à l’eau sans savon ou avec savon neutre ou spécifique pour toilette intime
* Eviter les deodorant intimes
* Essuyage de devant vers derrière
* Sous vêtement et linges en coton et eviter strings et pantalons trop moulant
* Changer chaque jour de lingette et sous-vêtements