

Les motifs essentiels en gynécologie pédiatrique pratique

The essential reasons in Pediatric Gynecology Practice

Catherine Pienkowski
Audrey Cartault

Hôpital des Enfants, Unité
d'endocrinologie et de gynécologie
médicale, Centre de référence de
pathologies gynécologiques rares, 330
avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034,
31059 Toulouse Cedex 9, France
<pienkowski.c@chu-toulouse.fr>

Résumé. Les affections gynécologiques de l'enfant sont un motif de consultation fréquent en médecine libérale. Elles sont généralement bénignes, leur diagnostic nécessite un interrogatoire précis, un examen clinique complet et un examen gynécologique externe. L'examen gynécologique n'est pas un geste anodin. Il est souhaitable que les parents soient présents afin d'établir un climat de confiance. La position la plus adaptée est celle de la grenouille. L'utilisation du MEOPA (mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote) ainsi qu'une aide infirmière sont des éléments essentiels pour réaliser un examen gynécologique de qualité. Les principales plaintes des enfants se résument à la douleur, des leucorrhées ou un saignement. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires en dehors de l'échographie pelvienne. Les prélèvements locaux ne doivent pas être systématiques car ils sont douloureux et très souvent inutiles. Dans cet article sont discutés les points essentiels concernant l'examen gynécologique, les variantes physiologiques de l'hymen ainsi que les diverses affections vulvaires. Les différentes étiologies sont largement dominées par les vulvites de la fille pré pubère pour lesquelles les conseils pour la miction sont primordiaux. D'autres affections spécifiques de l'enfant sont détaillées comme celles à l'origine de saignements vulvaires, les suspicions de sévices sexuels.

Mots clés : vulvo-vaginite, prolapsus urétral, lichen vulvaire, coalescence des petites lèvres, échographie pelvienne

Abstract. Gynecological diseases of the child are a frequent pattern for consultation in liberal medicine. They are generally benign, their diagnosis requires a precise interrogation, a somatic and an external gynecological examination. Parents should be present in order to establish a climate of trust. The most suitable position is that of "the frog". The use of MEOPA (nitrogen monoxide-oxygen mixture) and a nurse's aide are essential elements for a quality and conclusive gynecological examination. The main reasons for consultation are based on pain, leucorrhea or bleeding. Complementary examinations are rarely necessary except pelvic ultrasound. Local samples should not be systematic because they are painful and very often useless. In this chapter are discussed the essential points concerning the gynecological examination, the physiological variants of the hymen as well as the various vulvar affections. The different etiologies are largely dominated by vulvitis of the prepubertal girl for whom advice for urination is essential. Other specific childhood diseases are detailed such as those causing vulvar bleeding and suspicions of sexual abuse.

Key words: vulvovaginitis, urine prolapse, vulvar lichen, coalescence of the labia minora, pelvic ultrasonography

Introduction

Les pathologies gynécologiques de la fille prépubère sont fréquentes, bruyantes par leur symptomatologie et leur récurrence mais souvent bénignes. Une simple consultation permet de porter un diagnostic et surtout de rassurer la famille. La consultation de gynécologie pédiatrique se déroule en trois temps : l'interrogatoire, l'examen clinique pédiatrique général et l'examen gynécologique dont le temps essentiel est l'observation [1].

Les examens complémentaires sont rarement nécessaires en dehors de l'échographie pelvienne. Les prélèvements locaux sont très souvent inutiles car douloureux.

Les principaux motifs sont de loin dominés par les vulvites de la petite fille. Les vaginites sont beaucoup plus rares, elles peuvent nécessiter une antibiothérapie [2, 3]. Certaines lésions sont particulières à l'enfant comme la coalescence des petites lèvres prise à tort pour une imperforation de l'hymen. Certaines lésions se manifestent par un épisode

mtp

Tirés à part : C. Pienkowski

doi:10.1684/mtp.2018.0681

de métrorragie, l'examen gynécologique est indispensable pour rechercher une cause locale [4, 5]. Il peut s'agir d'un lichen scléreux de la petite fille qui évolue par poussées. Outre le traitement dermocorticoïde, le recours à certaines alternatives thérapeutiques comme la sophrologie, l'hypnose sont bénéfiques [6, 7]. Ce temps d'observation de l'enfant, une histoire curieuse, une lésion suspecte, des germes atypiques sont autant de situations qui éveillent le soupçon du clinicien pour des sévices à enfant. Le diagnostic est souvent difficile sans preuve clinique, l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire est souvent nécessaire pour que la conviction amène à une enquête sociale voire un signalement judiciaire [8, 9].

Dans cet article, nous discuterons des points importants concernant l'examen clinique, des variantes physiologiques de l'aspect de l'hymen ainsi que des différentes étiologies d'affection vulvaires de la fille prépubère.

Le diagnostic clinique

La majorité des filles vues en consultation se plaignent de douleur ou prurit, de leucorrhées ou de métrorragies.

L'interrogatoire

Dans un premier temps, l'interrogatoire consiste à recueillir les antécédents familiaux et personnels, le mode de vie de l'enfant avec son contexte familial et scolaire. Les symptômes gynécologiques sont décrits en précisant leur mode de début, et leur évolution, le caractère récidivant. On fait préciser l'existence de signes généraux, digestifs ou urinaires associés.

L'examen général

L'enfant est pesée, mesurée de manière à retracer les courbes staturale, pondérale et d'indice corporel.

L'examen physique débute par un examen général en n'oubliant pas de noter le stade pubertaire de Tanner, la présence de signes d'hyper-androgénie, et de réaliser un examen abdominal soigneux. Il est important de rassurer les parents et l'enfant en expliquant le déroulement de l'examen.

L'examen gynécologique

La mise en confiance

Après avoir mis en confiance l'enfant, l'examen gynécologique est réalisé sans contrainte et en présence d'au moins un des parents. L'utilisation pédiatrique de protoxyde d'azote (MEOPA) peut être proposée à l'enfant pour se détendre. *Le maître mot est l'observation.* L'enfant doit être en décubitus dorsal, les jambes écartées et repliées. Associée à une respiration abdominale, la traction douce sur les grandes lèvres permet de visualiser l'ensemble de

l'anatomie vulvaire (*figure 1*). Le temps de l'inspection est essentiel, il permet de vérifier l'aspect de la muqueuse vulvaire et vestibulaire, la taille du clitoris, le méat urétral et sa position, puis l'aspect de l'hymen. Si l'enfant est bien détendue, la respiration abdominale profonde permet le plus souvent l'ouverture hyménéale et la visualisation du tiers inférieur du vagin.

Les variantes physiologiques de l'hymen (*figure 2*)

Il existe une grande variation de taille et de forme de l'hymen [10]. Lors de la première année de vie, et notamment pendant la mini-puberté, l'hymen est parfois redondant c'est-à-dire recouvrant et festonné, la collerette est épaisse du fait de l'imprégnation œstrogénique. Chez la petite fille prépubère, la muqueuse est fine, la collerette hyménéale mesure 2 à 4 cm de hauteur, son pourtour externe est régulier, son aspect est annulaire ou semi-circulaire. Lors de la décontraction (comme au moment de la miction) l'hymen s'ouvre, le diamètre transversal varie de 5 à 10 mm. L'hymen peut apparaître plus largement ouvert si la collerette hyménéale est fine sans que cela ne soit pathologique ou suspect. L'absence de collerette dans sa partie antérieure sous urétrale est notée chez les petites filles de peau noire, ce n'est pas pathologique. Au moment de la puberté, l'hymen se développe et devient plus épais et festonné, il est la source de sécrétions physiologiques.

Modalités particulières

Cet examen gynécologique doit être optimal, il est facilité par l'aide d'une infirmière (tenir le masque de Meopa). La maman place sa main sur le ventre de l'enfant et lui demande de le gonfler par une respiration abdominale. Ce geste permet une bonne décontraction du périnée, une ouverture maximale de l'hymen et la visualisation du tiers inférieur du vagin.

Faire tousser l'enfant permet l'extériorisation du contenu vaginal (leucorrhée, corps étranger, masse). La position *genu pectorale* est un complément à la position « en grenouille », qui permet de bien visualiser le vagin, utile en cas de suspicion de vulvo-vaginite, de corps étranger, ou d'abus sexuel. Il convient d'apprécier l'état d'imprégnation œstrogénique 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.

Le toucher rectal

Ce n'est pas un geste de routine, le toucher rectal est très rarement pratiqué sauf indication très particulière de suspicion de corps étranger ou de masse vaginale.

Les prélèvements microbiologiques

Les prélèvements vulvaires ou vaginaux au coton-tige sont très douloureux et très souvent inutiles. Ils sont néanmoins indiqués devant une suspicion de vulvo-vaginite fébrile ou la suspicion de corps étranger. Ils permettent essentiellement de repérer la présence de leucocytes,

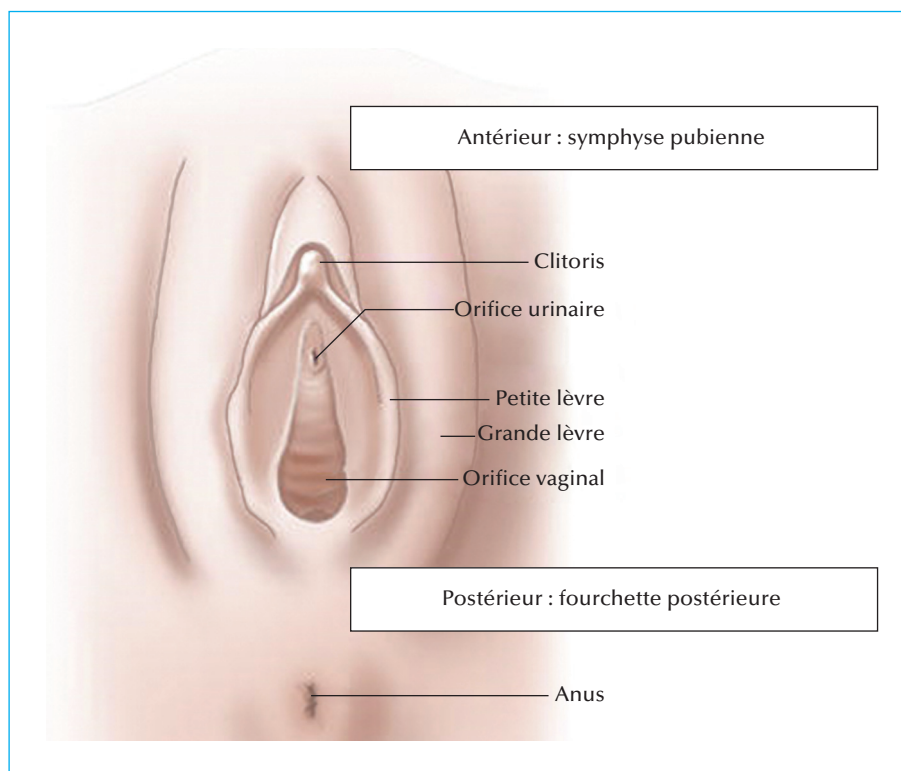


Figure 1. L'anatomie vulvaire. D'avant en arrière : le clitoris, le méat urétral, l'hymen. Latéralement, de la partie externe à la partie interne : les grandes lèvres, les petites lèvres puis le vestibule où se situe l'hymen.

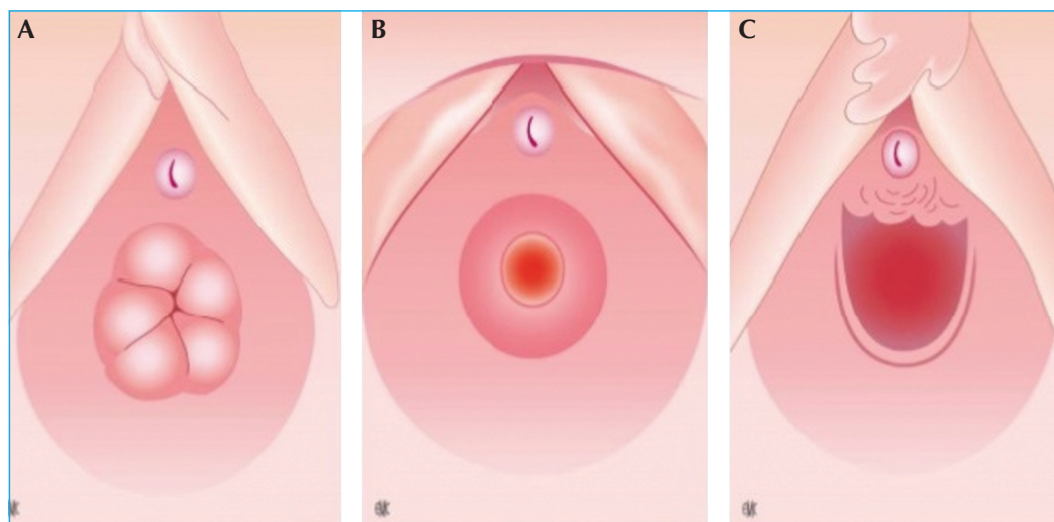


Figure 2. Variations anatomiques de l'hymen. A) Hymen festonné, redondant. B) Hymen annulaire. C) Hymen semi-lunaire, noter l'absence de la collerette antérieure mais la régularité du bord externe.

seul témoin d'une infection bactérienne, d'identifier un germe et d'adapter une antibiothérapie. Les prélèvements à visée mycologique sont inutiles sauf dans des circonstances particulières (antibiothérapie prolongée, diabète,

immunodépression). Les mycoses sont exceptionnelles chez l'enfant sain [11].

L'analyse des urines sur bandelette urinaire est un geste facile à réaliser en cabinet et elle peut être très informative.

Que doit-on expliquer aux familles ?

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 vulnérables le vestibule, l'aspect de l'hymen parfois large favorise les mictions vaginales, et la proximité avec l'anus ;
- physiologiques : l'absence d'œstrogénisation, un Ph alcalin et l'absence de bacille de Doderlein diminuent les moyens de défense locale ;
- les erreurs 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 différentes affections de la vulve

Les vulvites et vulvovaginites [2, 3]

Les vulvites sont très fréquentes [11]

L'inflammation de la vulve est l'affection la plus fréquente chez la petite fille, c'est une pathologie bénigne, souvent récidivante. L'enfant prépubère est prédisposée à présenter cette affection par défaut de protection anatomique et physiologique, parfois associé à une hygiène défectueuse ou inappropriée.

Les enfants se plaignent de prurit et souvent de 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 et une crème hydratante, cicatrisante permettent de soulager les symptômes. Il faut limiter les causes aggravantes en traitant une constipation et une oxyurose. Les traitements antimycosiques et antibiotiques locaux ou par voie générale sont inutiles et à proscrire.

Cas particulier des mictions vaginales

Il s'agit du cas typique de vulvo-vaginite récidivante avec un érythème vulvaire. Un écoulement nauséabond souille la culotte de l'enfant par la présence d'urine dans le

vagin. L'hymen est souvent béant, et de l'urine est retenue dans le vagin lors des mictions. Les leucorrhées correspondent à de l'urine ensemencée de germes saprophytes de contamination digestive.

Il faut reprendre les conseils d'hygiène mictionnelle avec l'enfant, lui conseiller d'enlever la culotte et le pantalon, de se tenir le buste bien droit en écartant bien les jambes pour que le jet urinaire coule directement dans les toilettes et surtout éviter de se recroqueviller.

Vaginite

La vaginite est une affection plus rare, se présentant sous la même forme qu'une vulvite mais avec des leucorrhées purulentes constantes. 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.

L'étude de la littérature permet de noter la grande variabilité des germes retrouvés en culture lors des prélèvements pour vulvo-vaginite [3, 12]. Les études micro-bactériologiques des prélèvements permettent de classer les germes en germes saprophytes non pathogènes, germes pathogènes, et en germes des infections sexuellement transmissibles. Une liste des principaux germes est résumée dans le *tableau 1*. La présence de leucocytes dans les sécrétions vaginales n'implique pas nécessairement une infection bactérienne pathogène mais en l'absence de leucocytes, l'infection est peu probable. Pour certains, la constatation de leucocytes dans les sécrétions vaginales est un bon indicateur de la croissance de bactéries pathogènes [3]. Dans tous ces cas, un antibiogramme est nécessaire de manière à adapter le traitement antibiotique adéquat ayant une bonne diffusion pelvienne.

Les bactéries d'origine respiratoire en particulier *Haemophilus influenzae* et streptocoque β -hémolytique du groupe A sont considérées comme une des principales causes de vulvo-vaginites spécifiques et comme des organismes pathogènes de la sphère vaginale de l'enfant. L'incidence de l'infection vaginale à streptocoque β -hémolytique du groupe A varie selon les séries. L'infection à *Shigella* est une cause rare de vulvo-vaginite chez les enfants prépubères [3, 12].

Les micro-organismes impliqués dans les infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être la cause de vulvo-vaginite [13]. Dans l'étude prospective de Girardet portant sur 485 filles âgées de 0 à 13 ans et suspectes d'allégation sexuelle, 8 % présentaient une IST. Parmi celles-ci, 67 % d'entre elles avaient un examen gynécologique normal ou aspécifique. Inversement, parmi les filles qui présentaient une vulvo-vaginite avec pertes vaginales, une IST a été mise en évidence chez un quart d'entre elles [9]. Les germes les plus fréquemment retrouvés sont

Tableau 1. Classification des germes non pathogènes (commensaux), germes pathogènes et des germes des infections sexuellement transmissibles. La présence de leucocytes n'implique pas nécessairement une infection bactérienne pathogène mais l'infection est peu probable en leur absence.

Germes non pathogènes	Germes pathogènes	Germes des infections sexuellement transmissibles
<i>Escherichia coli</i>	Streptocoques B hémolytiques groupe A	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<i>Staphylocoque coag neg</i>	<i>Hemophilus influenzae</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Entérocoque</i>	<i>Klebsiella pneumonia</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>Corynebacterium</i>	<i>Shigella flexnori</i>	<i>Treponema pallidum</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staphylocoque aureus</i>	<i>Herpes virus simplex type 2</i>
<i>Proteus mirabilis</i>		
<i>Lactobacillus</i>		

le *Chlamydia trachomatis*, le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Trichomonas vaginalis*. L'*Herpes simplex* type 2 se manifeste par des lésions érosives et est très rarement retrouvé à l'âge pré-pubère. La découverte d'une IST nécessite une confirmation en laboratoire spécialisé car une identification erronée d'une IST chez un enfant peut avoir des conséquences juridiques graves.

L'évaluation médicale de suspicion d'abus sexuel d'enfant est multidisciplinaire et repose sur un faisceau d'arguments : la crédibilité de l'histoire de l'enfant (ses allégations, ses plaintes et son comportement, le contexte socio-familial), les données de l'examen clinique et gynécologique complétées de prélèvements bactériologiques à la recherche d'IST [8].

Corps étranger [14]

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'échographie pelvienne par voie sus-pubienne permet parfois de visualiser un cône d'ombre signant la présence d'un corps étranger [15]. Une radiographie de l'abdomen sans préparation permet de visualiser un corps étranger radio-opaque. Le traitement réside en l'exérèse du corps étranger par vaginoscopie sous MEOPA ou sous anesthésie générale. Quand il s'agit d'un corps étranger qui se délite (papier, coton), on peut pratiquer un lavage doux intravaginal en introduisant une petite canule (type sonde gastrique) connectée à une seringue contenant de la bétadine gynécologique diluée avec de l'eau. Une couverture antibiotique par bêta-lactamine (amoxicilline-Ac clavulanique en trois prises orales par jour) est proposée par certaines équipes car il y a souvent une surinfection par des bacilles à Gram négatifs.

La coalescence des petites lèvres [16]

Elle s'observe fréquemment chez les petites filles entre deux et quatre ans, et consiste en un accollement du bord libre des petites lèvres, avec un raphé médian translucide visible. Elle est généralement asymptomatique mais peut favoriser les infections urinaires ou vulvites récidivantes [17]. C'est un phénomène bénin qui se réduit spontanément avec l'âge. Aucun traitement n'est nécessaire. Toutefois certaines équipes proposent l'application locale de traitements topiques par dermocorticoïdes ou œstrogènes [18]. Une réduction simple instrumentale après application de gels anesthésiques locaux s'il existe des symptômes bruyants et récidivants peut être proposée [17].

Les condylomes

Les condylomes vulvaires de la petite fille sont généralement de découverte fortuite. Leur fréquence semble en augmentation. Ils apparaissent le plus souvent vers l'âge de 3 ans [19].

Les condylomes sont dus à une infection par HPV (*Human Papilloma Virus*). Chez la petite fille, on retrouve principalement les sérotypes 6, 11 mais également parfois 2 (verruve vulgaire). Si chez l'adulte, les condylomes sont considérés comme des infections sexuellement transmissibles, c'est vraisemblablement rarement le cas chez l'enfant. La transmission intrafamiliale se fait lors du nursing ou par le linge. La contamination peut également avoir lieu lors de l'accouchement, provoquant des réminiscences plusieurs années après. Il conviendra donc d'examiner les membres de la famille avant de suspecter un abus sexuel. Un avis thérapeutique spécialisé est nécessaire pour la mise en place d'un traitement spécifique.

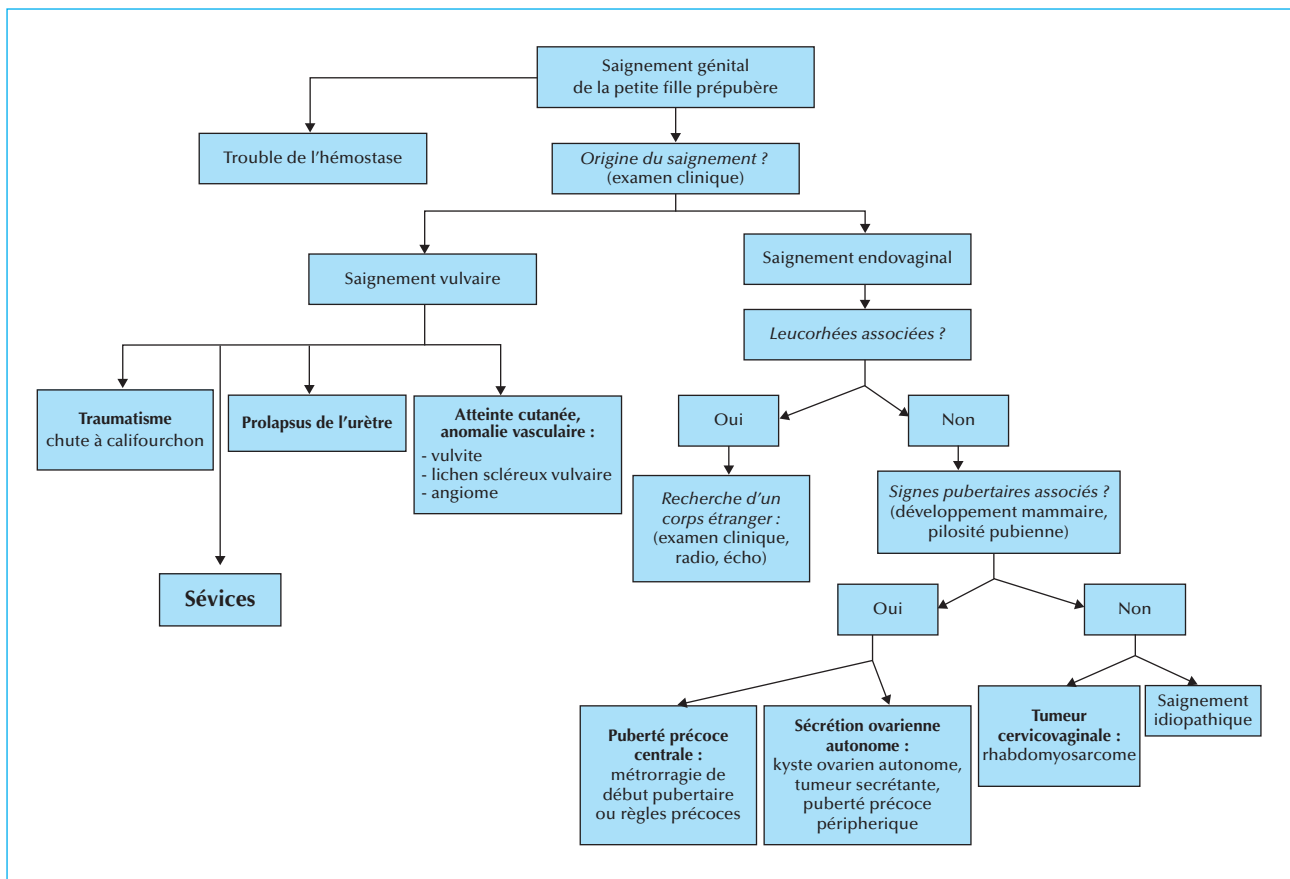


Figure 3. Arbre décisionnel devant des saignements vulvaires ou vaginaux.

Hémorragies génitales vulvaires [1, 20] (figure 3)

Les hémorragies génitales de la fille prépubère correspondent à l'ensemble des saignements de la sphère génitale, qu'ils soient d'origine vulvaire, vaginale ou de cause hormonale.

Les atteintes cutanéomuqueuses 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.

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

Lichen scléreux [6, 7]

Il touche la petite fille après l'acquisition de la propreté. Il est responsable d'un prurit intense, provoquant des lésions de grattage et de petits saignements vulvaires fréquents. Le diagnostic est clinique avec un aspect caractéristique de la vulve : aspect dépoli, blanc nacré de la muqueuse, de localisation en « 8 » périvulvaire et périanale. Il est associé à des lésions de grattage visibles sous

la forme d'hématomes sous épithéliaux. 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 l'application locale de dermocorticoïde, de longue durée avec diminution progressive des doses : clobétasol quotidien pendant 1 mois puis 1 jour sur 2 pendant 1 mois puis 2 fois par semaine pendant 1 mois [21]. Il s'agit d'une pathologie auto-immune, le recueil des antécédents auto-immuns familiaux est nécessaire, une surveillance à long terme est indispensable. Cette affection évolue par poussées, souvent influencées par le stress ; les récurrences sont fréquentes. L'utilisation d'alternatives thérapeutiques comme la sophrologie, l'hypnose sont des apports thérapeutiques intéressants.

Prolapsus de l'urètre [5]

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. L'évolution est favorable sous traitement local par bains de siège et anti-inflammatoires locaux. S'il persiste, une exérèse chirurgicale peut être proposée car le risque de récurrence est élevé.

Les sévices sexuels [8, 13]

Il est rare de voir en urgence un enfant présentant un saignement vaginal dû à des lésions récentes de l'hymen. Cette situation nécessite une prise en charge adaptée pour la protection de l'enfant et le signalement judiciaire des constatations cliniques. Les principales situations sont souvent des révélations du fait d'histoires et de faits anciens. Les sévices sexuels doivent être suspectés à partir d'un large faisceau d'arguments de présomption associant les dires de l'enfant, son attitude dans certaines circonstances, ses plaintes répétées, la symptomatologie fonctionnelle et les données de l'examen gynécologique. Nous recommandons une prise en charge multidisciplinaire afin d'établir un signalement auprès de la justice.

L'examen gynécologique doit être pratiqué par des médecins spécialisés en gynécologie pédiatrique ou des médecins légistes afin de rechercher des preuves cliniques devant l'existence de lésions vulvaires et/ou hyménales. La lésion caractéristique est une plaie de l'hymen sous forme de déchirure profonde sur toute la hauteur de la colerette qui persiste en position genu pectorale. Ces lésions intéressent généralement la partie postérieure de l'hymen. Bien des examens gynécologiques sont normaux, ceci ne remet pas en doute la parole de l'enfant. Le signalement doit être fait sur l'intime conviction de l'équipe pluridisciplinaire.

Saignement endovaginal

Deux éléments cliniques fondamentaux orientent le diagnostic : la présence de leucorrhée, ou la présence de signes pubertaires.

Corps étranger [20]

S'il existe des leucorrhées associées au saignement, ces leucorrhées sont très nauséabondes. Le diagnostic peut être étayé par la réalisation d'une échographie à visée vaginale. L'examen clinique peut faire le diagnostic en objectivant un corps étranger visible à l'hymen ou au niveau du tiers inférieur du vagin. Rechercher en premier lieu la présence d'un corps étranger endovaginal.

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 œstrogénique. La réalisation de la courbe de croissance staturale, de l'échographie pelvienne et d'un âge osseux est tout à fait pertinente pour demander un avis spécialisé.

Points à retenir

- Dans la plupart des motifs d'ordre gynécologique, un examen clinique externe de la sphère vulvaire permet à lui seul de poser un diagnostic dans la majorité des cas.
- La vulvite est très fréquente chez l'enfant prépubère. Il faut rassurer la famille sur sa bénignité, la vaginite est rare. La simple inspection clinique permet de poser le diagnostic. Les conseils d'hygiène et de position lors de la miction sont essentiels pour éviter les récurrences.
- Les prélèvements bactériologiques sont inutiles et traumatisants. Ils reflètent la flore périnéale non pathogène.
- Les mycoses vulvaires n'existent pas chez l'enfant prépubère sauf en cas de facteurs prédisposant (diabète, traitement antibiotique prolongé, immunodépression).
- La découverte d'une IST devant une vulvo-vaginite va nécessiter une prise en charge multidisciplinaire pour un signalement judiciaire.

L'absence de leucorrhées et de signes pubertaires

Quand l'origine du saignement ne fait pas sa preuve, il est fortement recommandé de demander un avis spécialisé.

Il peut s'agir d'une tumeur cervico-vaginale (rhabdomyosarcome, 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. On posera la question sur la prise de Distilbène chez les ascendants.

On évoque souvent l'exposition de l'enfant à des disrupteurs hormonaux, type phytœstrogènes à l'origine d'une petite stimulation locale endométriale. La confirmation diagnostique en est difficile.

Conclusion

Les affections gynécologiques de la petite fille sont fréquentes, elles sont dominées par les vulvovaginites qui sont bénignes et qui guérissent en quelques heures. Il ne faut néanmoins pas banaliser des hémorragies génitales car il ne faut pas méconnaître les causes tumorales.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

1. Jacobs AM, Alderman EM. Gynecologic examination of the prepubertal girl. *Pediatr Rev* 2014 ; 35(3) : 97-104.
2. Garden AS. Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011 ; 96(2) : 73-8.

-
3. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003 ; 88(4) : 324-6.
 4. Thibaud E, Salomon-Bernard Y, Rappaport R. Prepubertal genital hemorrhage. Study of 50 cases. *Ann Pediatr (Paris)* 1984 ; 31(3) : 195-8.
 5. Ballouhey Q, Galinier P, Gryn A, Grimaudo A, Pienkowski C, Fourcade L. Benefits of primary surgical resection for symptomatic urethral prolapse in children. *J Pediatr Urol* 2014 ; 10(1) : 94-7.
 6. Lagerstedt M, Karvinen K, Joki-Erkkila M, Huotari-Orava R, Snellman E, Laasanen SL. Childhood lichen sclerosus—a challenge for clinicians. *Pediatr Dermatol* 2013 ; 30(4) : 444-50.
 7. Bercaw-Pratt JL, Boardman LA, Simms-Cendan JS, North American Society for PJS, Adolescent G. Clinical recommendation : pediatric lichen sclerosus. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014 ; 27(2) : 111-6.
 8. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Neglect A JE, American Academy of P JE. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013 ; 132(2) : e558-67.
 9. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics* 2009 ; 124(1) : 79-86.
 10. Gardner JJ. Descriptive study of genital variation in healthy, nonabused premenarchal girls. *J Pediatr* 1992 ; 120(2 Pt 1) : 251-7.
 11. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: A clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol* 2000 ; 17(1) : 1-6.
 12. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ* 2005 ; 330(7484) : 186-8.
 13. Hammerschlag MR. Sexual assault and abuse of children. *Clin Infect Dis* 2011 ; 53(Suppl. 3) : S103-9.
 14. Closson FT, Lichenstein R. Vaginal foreign bodies and child sexual abuse : an important consideration. *West J Emerg Med* 2013 ; 14(5) : 437-9.
 15. Wang ZX, Tang Y, Xiao H. Abdominal sonography for diagnosis of vaginal grains in Chinese children. *J Ultrasound Med* 2013 ; 32(2) : 361-3.
 16. Granada C, Sokkary N, Sangi-Haghpeykar H, Dietrich JE. Labial adhesions and outcomes of office management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015 ; 28(2) : 109-13.
 17. Bacon JL, Romano ME, Quint EH. Clinical Recommendation: Labial Adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015 ; 28(5) : 405-9.
 18. Eroglu E, Yip M, Oktar T, Kayiran SM, Mocan H. How should we treat prepubertal labial adhesions? Retrospective comparison of topical treatments : estrogen only, betamethasone only, and combination estrogen and betamethasone. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011 ; 24(6) : 389-91.
 19. Dinleyici M, Saracoglu N, Eren M, et al. Giant condyloma acuminata due to Human papillomavirus type 16 in an infant successfully treated with topical imiquimod therapy. *Dermatol Reports* 2015 ; 7(3) : 6134.
 20. Gobbur VR, Gobbur RH, Patil AG, Endigeri P. A rare case of foreign body causing recurrent vaginal discharge in prepubertal child. *J Clin Diagn Res* 2015 ; 9(1) : QD03-4.
 21. Ellis E, Fischer G. Prepubertal-onset vulvar lichen sclerosus: The importance of maintenance therapy in long-term outcomes. *Pediatr Dermatol* 2015 ; 32(4) : 461-7.