



GUIDE PATIENTE

Mycoses vaginales à répétition

Comprendre pourquoi elles reviennent,
et comment en sortir durablement

Dr Hugues GEOFFRION

Chirurgien gynécologue • Gynécologie fonctionnelle et intégrative
Consultations et téléconsultations • Doctolib

docteurgeoffrion.com

Quand la mycose devient chronique

Trois épisodes ou plus en douze mois : ce n'est plus une succession de malchances, c'est une maladie à part entière, qui relève d'une prise en charge spécifique.

Trois femmes sur quatre feront au moins une mycose vaginale au cours de leur vie. C'est l'une des affections gynécologiques les plus banales qui soient. Pour la plupart, un traitement court suffit et l'épisode reste sans lendemain.

Mais pour 5 à 9 % d'entre elles, les épisodes s'enchaînent. On parle alors de candidose vulvovaginale récidivante : au moins trois épisodes symptomatiques en douze mois. Le retentissement est considérable — inconfort permanent, appréhension des rapports, fatigue de consulter, sentiment d'être incomprise.

Ce que ce guide veut vous apporter

- Comprendre pourquoi les mycoses reviennent chez certaines femmes et pas chez d'autres.
- Savoir quand s'inquiéter qu'il ne s'agisse pas d'une mycose du tout.
- Connaître le traitement de référence actuel, et pourquoi il est long.
- Faire le tri entre les idées reçues et ce que la science établit réellement.

LE MESSAGE ESSENTIEL

Une mycose à répétition n'est ni une question d'hygiène, ni une faute, ni le signe que votre corps vous lâche. C'est une particularité de terrain, largement constitutionnelle, sur laquelle on sait aujourd'hui agir efficacement — à condition de sortir de la logique des traitements courts répétés.

Pourquoi vous, et pas votre voisine ?

La recherche des quinze dernières années a changé la façon dont on comprend cette maladie.

Le *Candida albicans* n'est pas un microbe venu de l'extérieur. Il vit naturellement chez une femme sur cinq à une femme sur trois, sans provoquer le moindre symptôme. La question n'est donc pas « d'où vient-il », mais « pourquoi devient-il symptomatique chez certaines femmes ».

Une réaction immunitaire excessive, pas un déficit

On a longtemps cru que les femmes concernées se défendaient mal. C'est l'inverse. Chez elles, la muqueuse réagit de façon disproportionnée à une présence pourtant banale : afflux massif de globules blancs, inflammation intense. Ce sont ces cellules de défense, bien plus que la levure elle-même, qui provoquent les brûlures et les démangeaisons.

Cela explique une observation qui déroute souvent : la quantité de levures retrouvée au prélèvement ne correspond pas à l'intensité de ce que vous ressentez. On peut beaucoup souffrir avec peu de champignons.

Un terrain qui se transmet

Plusieurs variations génétiques portant sur les récepteurs de l'immunité muqueuse ont été identifiées. Les antécédents familiaux au premier degré sont fréquents — il n'est pas rare qu'une mère et sa fille soient concernées. Un terrain allergique personnel ou familial est également associé à une forme plus difficile à traiter.

À RETENIR

Ce terrain n'est pas modifiable, et il n'est le résultat d'aucun comportement. En revanche, les facteurs qui déclenchent les poussées, eux, le sont souvent. C'est là que se joue la prise en charge.

Ce qui déclenche les poussées

Sur un terrain donné, certains facteurs font basculer un équilibre. La plupart peuvent être corrigés.

Médicaments et traitements

- Les antibiotiques — de loin le facteur le plus fréquent, et le plus évitable. Ils détruisent les lactobacilles qui protègent la muqueuse.
- Les corticoïdes inhalés, pour l'asthme notamment — souvent oubliés parce qu'ils ne semblent pas « généraux ».
- Certains antidiabétiques récents (inhibiteurs de SGLT2) — ils font passer du sucre dans les urines, ce qui nourrit directement la levure. Cause moderne majeure et très sous-identifiée.
- Les antifongiques eux-mêmes, pris de façon répétée et sans diagnostic — nous y revenons page 7.

Facteurs hormonaux et métaboliques

- Un environnement riche en œstrogènes : période d'activité génitale, contraception œstroprogestative, grossesse, traitement hormonal de la ménopause. C'est ce qui explique le pic entre 25 et 40 ans, et la raréfaction après la ménopause.
- Le diabète, mais aussi la simple insulino-résistance, même sans diabète déclaré. Un bilan glycémique est justifié devant toute forme récidivante.

Habitudes et environnement local

- Les douches vaginales et les savons antiseptiques : ils appauvrissent la flore protectrice. Le vagin n'a besoin d'aucun nettoyage interne.
- Les produits d'hygiène intime agressifs ou parfumés, utilisés quotidiennement.

UNE REMARQUE UTILE

Beaucoup de femmes arrivent en consultation persuadées de « ne pas se laver assez », et renforcent leur hygiène — ce qui aggrave le problème. Un lavage externe à l'eau ou avec un produit doux, une à deux fois par jour, suffit largement.

Et si ce n'était pas une mycose ?

C'est la question la plus importante de ce guide.

En consultation spécialisée, une part considérable des femmes adressées pour « mycoses récidivantes résistantes au traitement » n'ont en réalité pas de mycose. Elles ont autre chose — depuis des mois, parfois des années, traité à tort avec des antifongiques qui ne pouvaient pas fonctionner.

Les diagnostics les plus souvent confondus

- Le lichen scléreux — dermatose vulvaire chronique, qui démange intensément et nécessite un traitement complètement différent. Un retard diagnostique expose à des complications.
- L'eczéma de contact — souvent entretenu par les produits d'hygiène, les protections quotidiennes, ou les antifongiques eux-mêmes.
- La vulvodynie — douleur vulvaire chronique sans lésion visible, qui relève d'une prise en charge spécifique.
- Le syndrome génito-urinaire de la ménopause — après 50 ans, la vraie mycose devient rare ; la sécheresse et l'atrophie muqueuse expliquent la grande majorité des symptômes.
- La vaginose bactérienne — déséquilibre de flore, sans rapport avec les levures.

SIGNAL D'ALERTE

Si les traitements antifongiques ne vous soulagent jamais, ou vous soulagent à peine quelques jours, l'hypothèse la plus probable n'est pas la résistance : c'est le diagnostic. Demandez un examen vulvaire attentif et un prélèvement avant toute nouvelle ordonnance.

Le prélèvement : l'étape qu'on saute trop souvent

Aucun traitement prolongé ne devrait être engagé sans avoir identifié précisément ce que l'on traite.

Un prélèvement vaginal standard se contente souvent de mentionner « présence de levures ». C'est insuffisant. Il faut savoir quelle espèce est en cause, et à quoi elle est sensible.

Pourquoi c'est déterminant

- Toutes les levures ne se traitent pas pareil. Certaines espèces, autres que *Candida albicans*, sont naturellement peu sensibles au fluconazole — le médicament habituellement prescrit.
- C'est la cause la plus fréquente d'échec apparent. Ce n'est pas une résistance : c'est un mauvais choix de molécule.
- Le résultat conditionne toute la stratégie des mois suivants.

Les conditions à respecter

- À distance de tout traitement antifongique : au moins huit à quinze jours après la dernière prise, ovules compris. Un prélèvement fait sous traitement est ininterprétable.
- En dehors des règles.
- Sans toilette intime le matin même, et sans ovule ni crème la veille.
- Pendant une période symptomatique, idéalement — c'est là que le résultat a le plus de valeur.

CE QU'IL FAUT DEMANDER

L'ordonnance doit préciser : examen direct, culture sur milieu de Sabouraud, identification d'espèce et antifongigramme. Sans cette mention, le laboratoire ne réalisera pas l'analyse complète. Le résultat demande cinq à dix jours.

Le traitement de référence

Un traitement court ne guérit pas une mycose chronique. Il soulage un épisode, et laisse le terrain intact.

Le schéma recommandé aujourd'hui en Europe repose sur deux temps : une phase d'induction brève pour obtenir la disparition complète de la levure, puis une phase d'entretien dégressive, étalée sur environ un an, dont l'objectif est d'empêcher la reprise pendant que la muqueuse se reconstitue.

Phase 1 — Induction

Fluconazole par voie orale, trois prises espacées sur la première semaine (jours 1, 4 et 7).

Phase 2 — Entretien dégressif

PÉRIODE	RYTHME
Mois 1 – 2	Une prise par semaine
Mois 3 – 6	Une prise tous les quinze jours
Mois 7 – 12	Une prise par mois

LA RÈGLE QUI FAIT TOUT

On ne passe au palier suivant que si deux conditions sont réunies : vous n'avez aucun symptôme, et le contrôle au laboratoire est négatif. Sinon, on reste au palier en cours — ou l'on remonte d'un cran. Le calendrier ci-dessus est un cadre, pas un programme rigide : il s'adapte à vous.

Avec ce schéma, environ trois femmes sur quatre sont toujours indemnes un an après le début du traitement. C'est nettement supérieur aux traitements hebdomadaires à dose fixe, qui exposent à une rechute rapide dès l'arrêt.

La résistance, et pourquoi l'automédication l'aggrave

Le fluconazole reste très efficace. Mais son usage répété et non contrôlé a un coût.

La résistance de *Candida albicans* au fluconazole existe, et elle progresse. Elle reste minoritaire en population générale, mais elle est nettement plus fréquente chez les femmes ayant reçu des traitements prolongés ou répétés.

Un phénomène largement provoqué par nos prescriptions

Chaque cure élimine les levures les plus sensibles et laisse survivre les autres. Répétée, l'opération sélectionne progressivement les souches les moins vulnérables — et favorise le remplacement de *Candida albicans* par des espèces naturellement moins sensibles. Le traitement devient alors la cause du problème qu'il prétend résoudre.

Ce que cela implique pour vous

- Évitez les ovules et comprimés pris en automédication à chaque démangeaison. C'est le principal moteur du phénomène — et souvent, ce n'était pas une mycose.
- Un traitement d'entretien se conçoit dès le départ comme dégressif, pas comme une prise hebdomadaire reconduite indéfiniment.
- Une souche dite résistante par voie orale reste souvent sensible localement, où les concentrations obtenues sont bien plus élevées. Un traitement local prolongé est fréquemment la bonne réponse.

EN CAS DE RÉSISTANCE AVÉRÉE

Des solutions existent et sont efficaces : azolé local prolongé sur quatorze jours, ou acide borique en préparation magistrale, traitement de référence de certaines espèces non-*albicans*. Ces options nécessitent une prescription et un suivi — elles ne s'improvisent pas.

Ce qui circule, et ce que dit la science

Ce champ est envahi de recommandations sans fondement, souvent coûteuses et parfois nuisibles.

✗ « Il faut supprimer le sucre »

Les études ne retrouvent pas de rôle des facteurs alimentaires dans les récurrences, et les régimes stricts n'apportent aucun bénéfice démontré. Un équilibre glycémique correct compte — une privation alimentaire, non.

✗ « L'origine est intestinale, il faut traiter le candida du ventre »

Théorie ancienne, séduisante, mais réfutée : traiter la colonisation intestinale ne modifie pas le taux de rechute, et les récurrences surviennent souvent alors que les cultures digestives sont négatives. La levure persiste sur place, dans la muqueuse vaginale, protégée par un biofilm.

✗ « Mon partenaire me réinfecte »

Les essais de traitement du partenaire masculin n'ont pas montré de bénéfice sur les récurrences. Le sujet est aujourd'hui rouvert par de nouvelles données, mais rien ne justifie encore de traiter systématiquement. Un partenaire symptomatique, en revanche, doit consulter.

✗ « Je dois me laver davantage »

L'excès d'hygiène, les douches vaginales et les antiseptiques détruisent la flore protectrice et entretiennent le problème. Moins et plus doux vaut mieux.

✗ « Les probiotiques vont régler le problème »

Les données restent faibles et hétérogènes. Ils peuvent avoir un intérêt en complément, notamment après antibiotiques — mais ils ne remplacent ni le diagnostic ni le traitement.

Préparer votre consultation

Une consultation bien préparée fait gagner des mois.

À rassembler avant de venir

- ☐ La chronologie de vos épisodes sur les douze derniers mois : dates approximatives, durée, lien éventuel avec les règles, les rapports, un voyage, une antibiothérapie.
- ☐ La liste complète de vos traitements, y compris ceux pris sans ordonnance, les ovules, et les corticoïdes inhalés.
- ☐ Vos résultats de prélèvements antérieurs, même anciens — ils indiquent si une espèce particulière a déjà été identifiée.
- ☐ Votre contraception ou traitement hormonal en cours.
- ☐ Les produits d'hygiène que vous utilisez, et à quelle fréquence.
- ☐ Vos antécédents familiaux : votre mère, vos sœurs ont-elles connu la même chose ?

Entre-temps, au quotidien

- Toilette externe à l'eau ou avec un produit doux, une à deux fois par jour. Jamais de douche vaginale.
- Pas de protège-slip en continu ; préférez le coton et laissez respirer.
- Ne relancez pas de traitement antifongique de vous-même entre deux consultations : vous rendriez le prélèvement suivant ininterprétable.
- Si vous devez prendre des antibiotiques pour une autre raison, signalez vos antécédents : une prévention peut être discutée.



Vous n'avez pas à vivre avec

Les mycoses à répétition sont l'un des motifs pour lesquels les femmes renoncent le plus souvent à consulter — par lassitude, ou parce qu'on leur a dit que c'était ainsi. Ce n'est pas exact. Une démarche structurée permet, dans la grande majorité des cas, d'obtenir une guérison durable.

Dr Hugues GEOFFRION

Chirurgien gynécologue

Gynécologie fonctionnelle, intégrative et régénérative

Consultations et téléconsultations — prise de rendez-vous sur Doctolib

docteurgeoffrion.com

Ce document a une vocation exclusivement informative. Il ne constitue ni un diagnostic ni une prescription et ne remplace en aucun cas une consultation médicale. Les schémas thérapeutiques mentionnés relèvent d'une prescription individualisée.

© Dr Hugues Geoffrion — Reproduction interdite sans autorisation.