

Pathologies vulvaires

Lichen, infections, taches :
comprendre, traiter, surveiller

Une vulve qui démange, qui brûle ou qui change n'est presque jamais un cancer — mais ce n'est jamais « normal » non plus. La plupart de ces situations ont un nom, un traitement et une évolution favorable. Encore faut-il les nommer.

Dr Hugues Geoffrion

Médecin gynécologue — gynécologie intégrative & médecine régénérative

Saint-Avit (40) · Eauze (32) · Téléconsultation

docteurgeoffrion.com

SOMMAIRE

Ce que contient ce guide

- 1 La vulve normale : ce qui n'est pas une maladie
- 2 Le lichen sous toutes ses formes
- 3 Diagnostic et bilan
- 4 Le traitement médical : les dermocorticoïdes
- 5 La médecine régénérative : ce qu'elle apporte réellement
- 6 Surveillance et évolution
- 7 Les infections virales
- 8 Les mycoses vulvo-vaginales
- 9 Folliculites, abcès et poils incarnés
- 10 Les lésions pigmentées
- 11 Le cancer de la vulve : rare, mais évitable
- 12 Quand consulter — questions fréquentes

On consulte pour le col, pour les seins, pour les règles. Rarement pour la vulve. Pourtant, c'est l'organe le plus facile à examiner et celui dont les maladies se traitent le mieux quand elles sont prises tôt. Démangeaisons nocturnes, brûlures, fissures aux rapports, tache blanche ou brune qui s'installe : ce sont des signes, pas des fatalités liées à l'âge.

À RETENIR

Aucune gêne vulvaire durable ne doit être attribuée à l'âge, à la ménopause ou à « une mycose de plus » sans avoir été regardée. Un examen de cinq minutes évite souvent des années d'inconfort.

CHAPITRE 1

La vulve normale : ce qui n'est pas une maladie

Avant de parler de pathologie, il faut désamorcer une bonne partie des inquiétudes.

Ce qui est normal

- Une **pigmentation plus foncée** que la peau environnante, surtout sur les petites lèvres et le pourtour de l'anus. Elle s'accroît avec l'âge, les grossesses, le phototype.
- Une **asymétrie** des petites lèvres, quelle que soit leur taille. Il n'existe pas de norme anatomique.
- Des **petits grains blanc-jaunâtres** sur la face interne des petites lèvres : ce sont des glandes sébacées (grains de Fordyce), présentes chez presque toutes les femmes.
- Des **papilles vestibulaires** : petites projections souples, roses, symétriques, régulièrement confondues avec des condylomes. Elles sont normales et ne se traitent pas.
- Une modification de l'aspect après la ménopause : lèvres plus fines, pilosité qui s'éclaircit, muqueuse plus pâle et plus sèche.

Ce qui n'est pas normal, quel que soit l'âge

- Un prurit qui dure plus de deux à trois semaines, en particulier nocturne.
- Des fissures qui reviennent au même endroit.
- Une zone blanche, nacré, cartonnée, ou au contraire rouge vif et érosive.
- Une modification de l'anatomie : lèvres qui « fondent », clitoris qui s'enfouit, orifice vaginal qui se rétrécit.
- Une lésion pigmentée nouvelle, qui grossit ou change.
- Un saignement de contact, une plaie qui ne cicatrise pas.

CHAPITRE 2

Le lichen sous toutes ses formes

Trois maladies portent le nom de « lichen ». Elles n'ont ni le même visage, ni le même traitement.

2.1 — Le lichen scléreux

Ce que c'est

Une maladie inflammatoire chronique de la peau, à mécanisme auto-immun, qui touche électivement la région ano-génitale. Elle n'est ni infectieuse, ni contagieuse, ni sexuellement transmissible.

Qui est concernée

Environ 1 femme sur 300 à 1 sur 1 000, probablement davantage car la maladie est largement sous-diagnostiquée. Deux pics : la petite fille prépubère et la femme après la ménopause — mais toutes les tranches d'âge sont concernées, y compris la femme jeune. L'association aux maladies auto-immunes est fréquente, en particulier la thyroïdite d'Hashimoto : un bilan thyroïdien est justifié au diagnostic.

Les symptômes

- Prurit, souvent **majeur la nuit**, réveillant.
- Brûlures, sensation de peau tendue, de « carton ».
- Fissures récidivantes, typiquement à la fourchette postérieure, déclenchées par les rapports.
- Douleur à l'intromission, puis évitement des rapports.
- Parfois une constipation d'évitement, par fissures anales (atteinte péri-ane en « 8 »).
- Dans 15 à 30 % des cas : **aucun symptôme**. Le diagnostic est alors fortuit.

Les signes à l'examen

- Zones **blanc nacré, porcelaine**, brillantes, avec une peau amincie et « parcheminée ».
- Zones épaissies, blanchâtres et rugueuses (hyperkératose).
- **Purpura, ecchymoses spontanées** — très évocateurs, souvent pris pour un traumatisme.
- Fissures, érosions de grattage.
- Atteinte en sablier ou en « 8 » : vulve + périnée + marge anale.
- **Le vagin n'est jamais atteint** — point clé de distinction avec le lichen plan.

L'évolution si rien n'est fait

Le lichen scléreux évolue par poussées, mais il laisse des séquelles anatomiques définitives :

- **Résorption des petites lèvres**, qui disparaissent progressivement en fusionnant avec les grandes.
- **Enfouissement du clitoris** par fusion du capuchon : perte de sensibilité, parfois douleurs.
- **Synéchies** et rétrécissement de l'orifice vaginal : rapports douloureux, puis impossibles.
- À long terme, sur les zones chroniquement inflammatoires non traitées : un risque de carcinome épidermoïde vulvaire estimé entre 2 et 5 % sur la vie entière.

LE POINT DÉCISIF

Ces séquelles ne régressent pas spontanément. C'est pourquoi le traitement se juge autant sur **ce qu'il empêche** que sur ce qu'il soulage.

Le lichen scléreux de la petite fille

Prurit, saignements par fissures, constipation, plaques blanches — trop souvent attribués à une oxyurose, à un manque d'hygiène ou, gravement, interprétés comme des signes de maltraitance. Le traitement est le même :

dermocorticoïde fort, sans crainte. Une amélioration voire une rémission est possible à la puberté, mais une surveillance à l'âge adulte reste nécessaire.

2.2 — Le lichen plan érosif

Plus rare, plus douloureux, plus complexe.

- **Aspect** : érosions rouge vif, vernissées, du vestibule, bordées d'un liseré blanchâtre en fines stries. La peau saigne au moindre contact.
- **Symptômes** : la douleur et la brûlure dominant, le prurit est au second plan. Dyspareunie sévère, pertes inflammatoires jaunâtres.
- **Différence majeure** : il peut atteindre le vagin, avec risque de synéchies et d'obstruction. Il peut aussi toucher la bouche et les gencives, l'œsophage, le cuir chevelu, les ongles — c'est le syndrome vulvo-vagino-gingival. Un examen buccal s'impose.
- **Prise en charge** : dermocorticoïdes très forts, corticoïdes intravaginaux, tacrolimus topique ; pour les formes sévères, un traitement systémique en lien avec le dermatologue. Prévention active des synéchies. Risque carcinologique également présent : même surveillance.

2.3 — Le lichen simplex chronique

Ce n'est pas une maladie auto-immune, mais l'aboutissement d'un **cercle vicieux prurit-grattage**.

- **Aspect** : peau épaissie, grisâtre ou rosée, quadrillée, avec accentuation des plis, souvent asymétrique. Poils cassés par le grattage.
- **Contexte** : terrain atopique, stress, chaleur, transpiration, protège-slips portés en continu, savons détergents. Souvent déclenché par une cause initiale disparue mais entretenu par le grattage nocturne automatique.
- **Traitement** : dermocorticoïde d'attaque pour casser le cycle, émollients, suppression des irritants, prise en charge du grattage nocturne — et recherche systématique d'une cause sous-jacente, dont un lichen scléreux débutant.

CHAPITRE 3

Diagnostic et bilan

L'examen clinique est l'examen clé. Il demande du temps, une bonne lumière et un regard entraîné : on examine le mont de Vénus, les grandes et petites lèvres, le capuchon clitoridien — qu'il faut déplisser —, le vestibule, la fourchette, le périnée et la marge anale.

La **photographie médicale datée**, avec accord écrit, est très utile pour objectiver l'évolution anatomique d'une année sur l'autre. La **vulvoscopie / dermoscopie** aide à caractériser les lésions blanches, pigmentées ou vasculaires et à cibler l'endroit à biopsier.

La biopsie n'est pas systématique

Elle est indiquée dans cinq situations :

- le diagnostic clinique est incertain ;
- une lésion résiste à un traitement bien conduit de trois mois ;
- il existe une zone épaisse, verruqueuse, ulcérée, indurée ou pigmentée atypique ;
- on suspecte une néoplasie intra-épithéliale (VIN) ou un carcinome ;
- une nouvelle lésion apparaît chez une patiente suivie et jusqu'ici stable.

Réalisée sous anesthésie locale, au punch de 4 mm, elle prend quelques minutes.

Le bilan associé

TSH et anticorps antithyroperoxydase (association auto-immune), glycémie à jeun, ferritine, et selon le contexte un bilan auto-immun plus large. Prélèvement mycologique et bactériologique **avant** de conclure à une surinfection.

CHAPITRE 4

Le traitement médical : les dermocorticoïdes

Le socle : le clobétasol propionate 0,05 %

C'est le traitement de référence du lichen scléreux, validé par toutes les recommandations internationales.

Phase	Rythme d'application	Durée
Attaque	1 application par jour, le soir	4 semaines
Décroissance	1 jour sur 2	4 semaines
Décroissance	2 fois par semaine	4 semaines
Entretien	1 à 2 applications par semaine, ajustées à l'activité de la maladie	au long cours

C'est la phase d'entretien qui protège l'anatomie et diminue le risque carcinologique — et c'est celle que les patientes abandonnent le plus.

LA QUANTITÉ JUSTE

Une petite quantité de la taille d'un demi-pois suffit pour toute la vulve. Un tube de 30 g doit durer environ trois mois en phase d'attaque. Une consommation nettement plus rapide signale une erreur d'application.

Les trois peurs à lever

« Les corticoïdes vont atrophier ma peau »

C'est le lichen non traité qui atrophie la vulve, pas le traitement. Aux doses d'entretien, sur une muqueuse épaisse et sous surveillance, l'atrophie cortisonique est rare. Le vrai risque, dans le lichen scléreux, est le **sous-traitement**.

« Ça passe dans le sang »

Le passage systémique aux doses vulvaires est négligeable.

« J'arrête dès que ça va mieux »

La disparition des symptômes ne signifie pas la disparition de l'inflammation. La maladie est chronique : le traitement l'est aussi.

Les soins associés, non négociables

- **Émollient quotidien** : vaseline, cold cream, huile végétale, cérat. Il protège, apaise et réduit le besoin de corticoïde.
- **Suppression des savons** : nettoyage à l'eau ou avec un syndet surgras, une fois par jour, pas plus. Pas de gant de toilette, pas de douche vaginale, pas de lingettes, pas de déodorant intime.
- **Sous-vêtements en coton**, éviter les protège-slips permanents, changer après le sport.
- **Lubrifiant** systématique pour les rapports.
- **Arrêt du tabac**, cofacteur reconnu des lésions HPV-induites et de la mauvaise cicatrisation.

En deuxième ligne

- **Tacrolimus 0,1 % pommade** (hors AMM en France dans cette indication) : utile en alternance ou en relais chez les patientes cortico-dépendantes, en particulier sur le clitoris. Brûlure initiale fréquente, surveillance nécessaire.
- **Rétinoïdes, méthotrexate, ciclosporine** : formes réfractaires, en lien avec le dermatologue.

- **Œstrogènes locaux** : ils ne traitent pas le lichen, mais corrigent l'atrophie vulvo-vaginale associée après la ménopause — les deux coexistent très souvent.

La chirurgie

Elle ne traite jamais le lichen lui-même : elle en corrige les séquelles, une fois la maladie contrôlée — désenfouissement clitoridien, section de synéchies et libération des brides, plastie d'élargissement de l'orifice vaginal en cas de sténose. Sans traitement d'entretien postopératoire, les synéchies récidivent.

CHAPITRE 5

La médecine régénérative : ce qu'elle apporte réellement

Les corticoïdes éteignent l'inflammation. Ils ne restaurent pas un tissu déjà appauvri en collagène, mal vascularisé, aminci et rétracté. C'est précisément l'espace de la médecine régénérative — en **complément**, jamais en remplacement.

Le PRP (plasma riche en plaquettes)

Principe

Une prise de sang, une centrifugation, et l'on réinjecte dans le derme vulvaire un plasma concentré en plaquettes. Celles-ci libèrent des facteurs de croissance qui stimulent la formation de collagène, la vascularisation, et modulent l'inflammation locale.

Protocole habituel

Deux à trois séances espacées de quatre à six semaines, sous anesthésie locale ou crème anesthésiante, puis un entretien annuel selon la réponse. Séance de 30 à 45 minutes, reprise des activités immédiate, rapports différés de quelques jours.

Ce que disent les études

Le niveau de preuve reste **intermédiaire**, et il faut le dire honnêtement. Les séries publiées et une revue systématique récente rapportent une amélioration du prurit, des brûlures, de la souplesse tissulaire et de la qualité de vie chez une majorité de patientes, avec un profil de tolérance très favorable. Mais un essai randomisé contre placebo n'a pas retrouvé d'amélioration histologique significative, et les protocoles varient énormément d'une étude à l'autre. Autrement dit : bénéfice symptomatique probable, preuve d'un effet de fond encore incomplète.

CE QUE LE PRP NE FAIT PAS

Il ne guérit pas le lichen, il ne dispense pas du traitement d'entretien, et il ne supprime pas la surveillance.

Bonnes indications

Lichen contrôlé mais tissu resté fragile et douloureux, dyspareunie persistante, fissures récidivantes, cortico-dépendance mal vécue, patiente en post-cancer du sein ne pouvant recevoir d'oestrogènes, atrophie vulvo-vaginale associée.

Le laser (Erbium:YAG, CO₂ fractionné)

Un échauffement contrôlé du derme superficiel déclenche une réponse de remodelage : néo-collagénèse, épaississement de l'épithélium, amélioration de la vascularisation et de l'hydratation.

En **monothérapie du lichen scléreux**, le laser CO₂ fractionné n'a pas fait la preuve d'une amélioration histologique face à une procédure placebo : ce n'est donc pas un substitut au clobétasol, et aucun praticien sérieux ne devrait le présenter comme tel. En revanche, en **adjuvant** d'un traitement bien conduit, plusieurs travaux rapportent une amélioration du confort, de la sécheresse, de la dyspareunie et de la satisfaction des patientes.

En pratique, le laser trouve sa meilleure place sur la composante trophique et atrophique — sécheresse, perte d'élasticité, inconfort sexuel — souvent associée au lichen chez la femme ménopausée. Il est contre-indiqué sur une vulve en poussée érosive et sur une lésion non diagnostiquée.

Le nanofat et la greffe de tissu adipeux

Un prélèvement de graisse autologue, micronisé et filtré, donne un produit fluide riche en cellules stromales, injectable en intradermique : on combine un effet volumateur et un effet régénératif cellulaire. Des études pilotes et séries de cas rapportent des résultats intéressants dans les formes sévères et scléro-atrophiques, mais sur de

faibles effectifs et sans randomisation. C'est aujourd'hui une **technique de recours**, réservée à des centres entraînés, à discuter au cas par cas.

Comment ces techniques s'articulent

Moyen	Objectif	Statut
Dermocorticoïdes	Éteindre l'inflammation, prévenir les séquelles et le cancer	Référence, indispensable
Émollients & hygiène	Protéger la barrière cutanée	Indispensable
PRP	Restaurer la trophicité, réduire douleur et fissures	Complément, preuves intermédiaires
Laser Erbium / CO₂	Trophicité, sécheresse, confort sexuel	Complément, jamais seul
Nanofat / lipofilling	Restaurer volume et souplesse (formes sévères)	Expérimental, cas sélectionnés
Chirurgie	Corriger les séquelles anatomiques	Après contrôle de la maladie

LE PRINCIPE QUI GUIDE LA CONSULTATION

On éteint d'abord le feu (corticoïdes), on reconstruit ensuite (régénératif), on surveille toujours.

CHAPITRE 6

Surveillance et évolution

Le rythme proposé

- Contrôle à trois mois après l'instauration du traitement, pour vérifier l'efficacité et la technique d'application.
- Puis tous les six mois la première année.
- Puis une fois par an à vie, si la maladie est contrôlée.
- Sans délai en cas de nouveau symptôme, de lésion qui apparaît ou de résistance au traitement.

L'auto-surveillance

Un examen au miroir, une fois par mois, après la douche. On cherche : une nouvelle tache, une zone épaissie, une plaie qui ne cicatrise pas en trois semaines, une modification de la couleur, un saignement de contact.

LE MESSAGE LE PLUS IMPORTANT DE CE GUIDE

Les femmes qui appliquent régulièrement leur traitement d'entretien voient leur risque d'évolution vers un cancer vulvaire s'effondrer par rapport à celles qui l'utilisent de façon intermittente. **L'observance est en soi une prévention du cancer.**

CHAPITRE 7

Les infections virales

L'herpès génital

- **Épidémiologie** : très fréquent, largement méconnu. Le HSV-1, historiquement labial, est aujourd'hui responsable d'une part croissante des primo-infections génitales, notamment chez la femme jeune.
- **Primo-infection** : 2 à 20 jours après le contact. Vésicules groupées en bouquet qui se rompent en érosions très douloureuses, œdème vulvaire, ganglions inguinaux, fièvre, difficultés à uriner pouvant aller jusqu'à la rétention.
- **Récurrences** : plus courtes, plus localisées, précédées de picotements ou de brûlures. Déclencheurs : fatigue, stress, règles, soleil, fièvre, rapports.
- **Diagnostic** : clinique + PCR sur écouvillonnage d'une lésion fraîche. La sérologie n'a d'intérêt que dans des situations précises et ne doit pas être demandée en routine.
- **Traitement** : valaciclovir, 10 jours pour une primo-infection, 3 à 5 jours pour une récurrence, débuté le plus tôt possible. Au-delà de six récurrences par an, ou en cas de retentissement psychologique, un traitement préventif continu est très efficace et réduit aussi la transmission.

À SAVOIR

L'excrétion virale peut être asymptomatique — d'où des contaminations sans lésion visible. Le préservatif réduit le risque sans l'annuler. En cas de grossesse, l'herpès doit être signalé : le risque néonatal, rare, est grave et se prévient.

Le HPV (papillomavirus humain)

- **Les condylomes** sont dus aux HPV 6 et 11, à bas risque oncogène : petites végétations rosées ou couleur chair, isolées ou en nappe, parfois sur le périnée, l'anus, le vagin, le col.
- **Traitements** : imiquimod, cryothérapie, acide trichloracétique, électrocoagulation, laser CO₂. Aucun n'élimine le virus : les récurrences sont fréquentes la première année, puis se raréfient. Le tabac aggrave et fait récidiver.
- **Les HPV à haut risque** (16, 18 principalement) sont responsables des lésions précancéreuses et de la majorité des cancers vulvaires de la femme jeune. Ces lésions sont souvent discrètes : plaque blanche, rosée ou pigmentée, légèrement surélevée. Toute lésion persistante mérite biopsie.
- **La vaccination** est recommandée pour les filles et les garçons de 11 à 14 ans, avec rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. Elle protège contre les condylomes et les lésions précancéreuses vulvaires, vaginales, anales et cervicales.
- Le suivi du col (frottis / test HPV) reste indispensable : les atteintes sont souvent multifocales.

Les autres virus à connaître

- **Molluscum contagiosum** : petites papules perlées, ombiliquées en leur centre. Bénin, contagieux, souvent disséminé par le rasage. Guérison spontanée possible en plusieurs mois ; curetage, cryothérapie ou traitement local si gêne.
- **Zona vulvaire** : éruption vésiculeuse unilatérale, respectant strictement la ligne médiane, très douloureuse. Antiviral en urgence dans les 72 heures.
- **Ulcère de Lipschütz** : ulcération vulvaire aiguë, très douloureuse, souvent bilatérale « en miroir », chez une adolescente ou une jeune femme, dans un contexte pseudo-grippal fébrile. **Ce n'est pas une IST** — le préciser évite des drames familiaux. Guérison spontanée en deux à trois semaines.
- **Mpox** : à évoquer devant des lésions génitales ulcérées ou pustuleuses dans un contexte épidémiologique évocateur.

À NE PAS MANQUER

— Une ulcération vulvaire **indolore**, propre, à base indurée, est une syphilis primaire jusqu'à preuve du contraire. Sérologie systématique devant tout ulcère génital.

CHAPITRE 8

Les mycoses vulvo-vaginales

Environ **trois femmes sur quatre** feront au moins un épisode dans leur vie. Cinq à huit pour cent développent une forme récidivante — au moins trois à quatre épisodes par an — qui est une maladie à part entière.

Le germe est *Candida albicans* dans 80 à 90 % des cas. C'est un hôte normal du tube digestif et parfois du vagin : la mycose n'est pas une contamination, c'est un déséquilibre.

Les signes typiques

Prurit intense, pertes blanches épaisses et grumeleuses **sans odeur**, rougeur et œdème vulvaire, brûlures en urinant, douleurs aux rapports. L'absence d'odeur est un point de distinction avec la vaginose bactérienne.

Les facteurs favorisants

Antibiothérapie récente, diabète mal équilibré, grossesse, imprégnation œstrogénique, immunodépression, corticoïdes, **excès d'hygiène** (douches vaginales, savons antiseptiques), macération (protège-slips en continu, vêtements serrés, maillot mouillé).

LE PIÈGE DU SURDIAGNOSTIC

Environ la moitié des femmes qui s'auto-diagnostiquent une mycose n'en ont pas. Se cachent derrière ce diagnostic : un lichen scléreux, un eczéma de contact, un psoriasis inversé, une vaginose, une vulvodynie, une atrophie ménopausique, ou une dermite d'irritation entretenue par les antifongiques eux-mêmes.

Règle simple : au-delà de deux épisodes traités sans confirmation, ou devant tout échec, on fait un prélèvement mycologique avant de re-traiter.

Traitement

- **Épisode simple** : ovule d'azolé (dose unique ou 3 jours) + crème antifongique sur la vulve 7 à 14 jours ; ou fluconazole 150 mg en prise unique par voie orale.
- **Forme récidivante** : traitement d'attaque prolongé puis traitement d'entretien — typiquement fluconazole 150 mg par semaine pendant six mois — avec correction des facteurs favorisants. Un taux de rechute existe à l'arrêt : la patiente doit le savoir d'emblée.
- **Candida non-albicans** (*glabrata* notamment) : souvent résistant aux azolés, identifié par la culture, relevant de traitements spécifiques sur prescription.
- **Le partenaire ne se traite pas**, sauf s'il présente lui-même une balanite.
- Douches vaginales : inutiles et délétères. Probiotiques : bénéfice modeste et inconstant, ils ne remplacent pas le traitement.

CHAPITRE 9

Folliculites, abcès et poils incarnés

Le mont de Vénus et les grandes lèvres portent des poils épais, implantés profondément, dans une zone chaude, humide et en friction permanente. Chaque follicule pileux est une porte d'entrée potentielle pour le staphylocoque doré, présent sur la peau de tout le monde.

Les causes retrouvées en consultation

- **Le rasage** : la lame crée des micro-brèches, sectionne le poil en biseau et favorise le poil incarné. Raser à sec, à contresens, avec une lame émoussée ou partagée multiplie le risque.
- **La cire** : l'arrachage traumatise le follicule, l'inflammation ouvre la voie à la surinfection, et la repousse à travers une peau irritée génère des poils incarnés.
- **La macération et la friction** : legging, jean serré, sous-vêtement synthétique, tenue de sport gardée après l'effort, vélo, position assise prolongée, surpoids.
- **La chaleur et l'humidité** : été, transpiration, maillot mouillé. Cas particulier, la folliculite des bains à *Pseudomonas*, après jacuzzi ou piscine mal désinfectée.

Ce que l'on voit et ce que l'on distingue

- **Folliculite simple** : petites pustules centrées par un poil, transitoires. Soins antiseptiques, arrêt temporaire de l'épilation, vêtements amples. Guérison spontanée le plus souvent.
- **Furoncle ou abcès** : nodule profond, rouge, très douloureux, collecté. Nécessite un drainage — pas un antibiotique seul, et surtout aucune manipulation à domicile.
- **Pseudo-folliculite du poil incarné** : papules chroniques, brunes, chez les femmes à poils bouclés. Ce n'est pas une infection mais une réaction à corps étranger.
- **Hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)** : nodules profonds récidivant aux mêmes endroits, dans les plis, évoluant vers abcès, fistules et cicatrices en corde. Ce n'est pas une folliculite qui traîne : c'est une maladie inflammatoire chronique qui a son propre traitement. Le délai diagnostique moyen dépasse encore sept ans.
- **Bartholinite** : tuméfaction douloureuse, unilatérale, du tiers postérieur de la grande lèvre. Drainage chirurgical le plus souvent.

Prévention concrète

- Espacer les épilations ; ne jamais épiler une peau lésée ou infectée.
- Si rasage : peau humide et chaude, mousse ou huile, lame neuve, dans le sens du poil, jamais deux passages au même endroit.
- Gommage doux deux fois par semaine, hors période inflammatoire ; hydrater après l'épilation, éviter les produits parfumés.
- Coton, vêtements amples, douche et changement de sous-vêtements après le sport.
- **L'épilation définitive au laser** est, chez les femmes sujettes aux folliculites et aux poils incarnés à répétition, la solution la plus durable : en supprimant le follicule, elle supprime la cause — et c'est souvent la meilleure prévention de l'hyperpigmentation du maillot.

CHAPITRE 10

Les lésions pigmentées

Environ 10 à 12 % des femmes présentent une lésion pigmentée vulvaire. L'immense majorité est bénigne.

La mélanose vulvaire

La plus fréquente. Macules brunes à noires, plates, aux contours parfois irréguliers, sur les petites lèvres ou le vestibule. Totalement bénigne, mais son aspect peut être inquiétant à l'œil nu et faire évoquer un mélanome. La dermoscopie et, en cas de doute ou de modification, la biopsie tranchent. Une fois le diagnostic posé, une simple surveillance photographique suffit.

L'hyperpigmentation liée au rasage et à la cire

Chaque micro-traumatisme — lame, arrachage, poil incarné, folliculite, frottement — déclenche une inflammation locale qui stimule les mélanocytes : c'est l'**hyperpigmentation post-inflammatoire**. Elle est d'autant plus marquée et durable que le phototype est foncé, et la friction chronique l'entretient.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La vulve **est** naturellement plus pigmentée. Le « blanchiment intime » vendu en institut relève du marketing, pas de la médecine, et les produits éclaircissants détournés provoquent des dégâts durables sur une muqueuse. La pigmentation réactionnelle régresse lentement et spontanément, sur 6 à 24 mois, à condition de supprimer la cause.

La prise en charge, dans l'ordre

- **Supprimer le traumatisme** : arrêt de la cire et du rasage, passage à l'épilation définitive au laser si la pilosité est le problème de fond. C'est 80 % du résultat.
- Traiter toute inflammation active : folliculite, mycose, eczéma.
- Réduire la friction : vêtements amples, coton.
- Soins topiques doux et adaptés à la zone : acide azélaïque, niacinamide, vitamine C. **Pas d'hydroquinone ni de peeling agressif sur muqueuse.**
- Ne rien entreprendre sur une lésion pigmentée qui n'a pas été formellement identifiée comme post-inflammatoire.

Les autres lésions pigmentées

- **Naevus vulvaire** : grain de beauté classique. Les naevus du site génital ont parfois un aspect histologique atypique mais bénin — d'où l'importance d'un anatomopathologiste averti de la localisation.
- **Acanthosis nigricans** : épaississement brun, velouté, des plis, marqueur d'insulinorésistance. Chez une patiente avec SOPK, surpoids ou syndrome métabolique, c'est un signal à explorer sur le plan métabolique, pas un problème esthétique.
- **VIN pigmentée** : lésion précancéreuse HPV-induite pouvant être brune, légèrement surélevée, persistante. Biopsie.
- **Mélanome vulvaire** : rare, mais deuxième cancer vulvaire en fréquence, de pronostic sévère car diagnostiqué tard. Les critères ABCDE s'appliquent : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur hétérogène, Diamètre supérieur à 6 mm, Évolution.

RÈGLE UNIQUE ET SUFFISANTE

Toute lésion pigmentée **nouvelle, qui change, qui saigne, qui démange ou qui est asymétrique** doit être vue et, au moindre doute, biopsiée. Une biopsie coûte cinq minutes.

CHAPITRE 11

Le cancer de la vulve : rare, mais évitable

Moins de 1 000 nouveaux cas par an en France, soit moins de 5 % des cancers féminins. Âge médian au diagnostic : autour de 75-77 ans. Dans 90 % des cas, il s'agit d'un carcinome épidermoïde.

Deux voies distinctes

Voie	Terrain	Prévention
Voie HPV	Femmes plus jeunes, à partir d'une lésion précancéreuse liée aux HPV oncogènes ; le tabac est un cofacteur majeur	Évitable par la vaccination
Voie inflammatoire	Femmes plus âgées, à partir d'un lichen scléreux ancien, non ou mal traité	Évitable par le traitement d'entretien et la surveillance

LES SIGNES QUI DOIVENT AMENER À CONSULTER SANS DÉLAI

- une plaie ou une ulcération qui ne cicatrise pas en trois semaines ;
- un nodule, une induration, une zone épaissie qui grossit ;
- un saignement en dehors des règles, un saignement de contact ;
- une douleur ou un prurit localisé, fixe, qui résiste au traitement habituel ;
- une lésion verruqueuse ou pigmentée qui se modifie ;
- une masse à l'aine.

Le pronostic

Il dépend presque entièrement du stade au diagnostic : la survie à cinq ans dépasse 85 % pour les formes localisées, et chute nettement en cas d'atteinte ganglionnaire. Or plus de la moitié des cancers vulvaires sont diagnostiqués tardivement, souvent après des mois d'automédication ou de traitements antifongiques répétés.

AUTREMENT DIT

Le principal facteur de mauvais pronostic est le **retard**, et le retard est évitable. C'est le seul motif d'inquiétude légitime de ce guide — et c'est aussi celui sur lequel une patiente informée a le plus de prise.

CHAPITRE 12

Quand consulter

Délai	Situations
Sans urgence, mais sans attendre	Prurit vulvaire de plus de trois semaines · fissures récidivantes, douleurs aux rapports · plus de trois mycoses par an ou une « mycose » qui ne cède pas · modification de couleur, de texture ou d'anatomie · lésion pigmentée nouvelle ou changeante
Rapidement	Ulcération génitale · éruption vésiculeuse douloureuse · nodule inflammatoire collecté · saignement vulvaire inexplicable
En urgence	Rétention urinaire · abcès avec fièvre · douleur vulvaire aiguë intense avec altération de l'état général

Questions fréquentes

Le lichen scléreux est-il contagieux ou sexuellement transmissible ?

Non. C'est une maladie inflammatoire à composante auto-immune. Elle ne se transmet ni par les rapports, ni par les toilettes, ni par le linge.

Peut-on en guérir ?

On ne l'éradique pas, on le contrôle — durablement et efficacement. Une patiente bien traitée mène une vie normale, y compris sexuelle. L'objectif est double : zéro symptôme, zéro progression anatomique.

Les corticoïdes sont-ils dangereux à long terme ?

Aux doses d'entretien vulvaires et sous surveillance médicale, le rapport bénéfice/risque est très favorable. Le danger réel est de ne pas traiter.

Le PRP peut-il remplacer les corticoïdes ?

Non, et il faut se méfier de toute offre qui le prétend. Le PRP agit sur la trophicité et le confort ; il ne supprime ni l'inflammation de fond, ni le suivi.

Le laser abîme-t-il une vulve fragilisée ?

Réalisé sur une maladie contrôlée, avec les bons paramètres et par un praticien formé, il est bien toléré. Sur une vulve en poussée érosive ou sur une lésion non diagnostiquée, il est contre-indiqué.

J'ai des mycoses à répétition, dois-je changer d'alimentation ?

Le lien entre sucre et candidose vaginale est bien plus faible que ne le dit Internet, sauf en cas de diabète mal équilibré. La priorité est de vérifier que ce sont bien des mycoses.

Mon herpès va-t-il empêcher une grossesse ?

Non. Il doit simplement être signalé à l'équipe obstétricale, qui adaptera la surveillance et, si nécessaire, un traitement préventif en fin de grossesse.

Ma vulve est plus foncée qu'avant : est-ce grave ?

Le plus souvent non — c'est une pigmentation réactionnelle liée à l'épilation, au frottement ou à une inflammation ancienne. Mais une pigmentation localisée, asymétrique ou qui évolue se regarde de près.

Peut-on faire une téléconsultation pour un problème vulvaire ?

Pour un premier avis, l'interprétation de résultats, l'ajustement d'un traitement ou une surveillance, oui. Un diagnostic initial de lésion vulvaire nécessite en revanche un examen physique.

EN DIX LIGNES

À retenir

- 01 Un prurit vulvaire qui dure n'est jamais banal.
- 02 Le lichen scléreux se traite très bien — le problème est qu'il se diagnostique trop tard.
- 03 Le clobétasol est le socle. L'entretien au long cours n'est pas une précaution excessive : c'est le traitement.
- 04 La médecine régénérative — PRP, laser, nanofat — répare ce que les corticoïdes ne réparent pas. Elle les complète, ne les remplace jamais.
- 05 Une « mycose » qui récidive ou qui résiste doit être prélevée, pas re-traitée à l'aveugle.
- 06 Les folliculites du maillot sont un problème mécanique : la solution durable est de supprimer le geste traumatique.
- 07 Les taches brunes sont presque toujours bénignes — presque.
- 08 Le cancer de la vulve est rare et son principal facteur de gravité est le délai. Surveiller sa vulve prend une minute par mois.

FAIRE LE POINT SUR VOTRE VULVE

Le Dr Geoffrion assure le diagnostic, le traitement et la surveillance au long cours des pathologies vulvaires, en associant traitement médical conventionnel et médecine régénérative.

Dr Hugues Geoffrion — Gynécologie intégrative & médecine régénérative
Saint-Avit (40), à 10 minutes de Mont-de-Marsan · Eauze (32) · Téléconsultation
docteurgeoffrion.com

Ce guide est un document d'information et ne remplace pas une consultation médicale. Les protocoles mentionnés sont donnés à titre indicatif et doivent être adaptés individuellement par votre médecin. © Dr Hugues Geoffrion — reproduction interdite sans autorisation.