

PATHOLOGIES INFECTIEUSES GENITALES

Dr ILIC Johanna - CCA

Sorbonne Université - Service de Gynécologie-Obstétrique et médecine de la Reproduction, Hôpital Tenon
(AP-HP)

TENON 2025

Sommaire

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Echographie abdomino-pelvienne
- Examens complémentaires
- **Infections génitales basses**
 - Mycose
 - Trichomonas
 - Vaginose, Gardnerella vaginalis
- **Cervicite**
- **Infections génitales hautes**
 - Diagnostic
 - IGH Non compliquée
 - IGH Compliquée
 - Suivi
 - Antibioprophylaxie
- **Endométrite du post partum**
 - Diagnostic
 - Prise en charge
- **Endométrite chronique**
- **Actinomyose pelvienne**

Interrogatoire

- Symptômes:
 - Douleurs pelviennes : spontanées, dyspareunies, syndrome rectal
 - Leucorrhées pathologiques:
 - Couleur, abondance, odeur (une mauvaise odeur oriente vers une vaginose bactérienne), caractère récent, circonstance de survenue (grossesse, antibiotique, DIU)
 - Prurit : mycose
 - Brûlures: *Trichomonas* ou germe banal
 - Métrorragies: infection génitale haute (IGH) ou une pathologie cervicale
 - Signes urinaires
- Terrain favorisant (diabète, corticothérapie, immunodépression)
- Notion d'IST, changement récent de partenaire, nombres partenaires, manoeuvre endo-utérines
- Les signes éventuels chez le/la partenaire (rougeur, brûlure, écoulement, irritation)

Examen clinique

- Hémodynamique
- Palpation abdominale: défense/ contracture
- Inspection périnée: lésions de grattage / inflammation / vésicules ou ulcérations
- Examen au speculum :
 - Analyser l'écoulement (aspect, abondance, couleur)
 - Apprécier l'aspect de la glaire cervicale (limpide, louche)
 - Evaluer l'état de l'épithélium vaginal et cervical
 - Réaliser des prélèvements (+/- FCV)
- Toucher vaginal : douleur annexielle provoquée, douleur à la mobilisation utérine

Echographie abdomino-pelvienne

- Sus pubienne/ endovaginale
- Mesure de l'utérus, endomètre, ovaires
- Recherche d'image tubaire latéro-utérine pouvant évoquer un abcès tubo-ovarien : côté, taille, accessibilité
- Recherche d'épanchement intra abdominal

Examens complémentaires

- Bilan sanguin: NFS, CRP, ionogramme sanguin, créatininémie
- Prélèvement vaginal:
 - Standard à la recherche d'une candidose, d'une vaginose (score de Nugent) ou d'une vaginite
 - Recherche des IST : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* par technique d'amplification génique sur un prélèvement vaginal (TAAN)
 - Prélèvement endocervical en cas de suspicion d'IGH (sur milieu de transport type Portagerm®)
- Sérologies des autres IST en fonction des orientations diagnostiques et du contexte

Rappel- Score de Nugent

Groupe 1 (score compris entre 0 et 3)	<ul style="list-style-type: none">• Flore normale, à prédominance de lactobacilles• Parfois associée à d'autres morphotypes bactériens mais présents en petite quantité
Groupe 2 (score compris entre 4 et 6)	<ul style="list-style-type: none">• Flore intermédiaire, avec des lactobacilles peu abondants et associés à d'autres morphotypes bactériens en petite quantité.• ⇒ Flore vaginale altérée, mais qui n'est pas en faveur d'une vaginose bactérienne
Groupe 3 (score compris entre 7 et 10)	<ul style="list-style-type: none">• Flore évocatrice d'une vaginose bactérienne: les lactobacilles ont disparu, au profit d'une flore anaérobie abondante et polymorphe.

Examens complémentaires

- La négativité des résultats microbiologiques n'exclut pas le diagnostic d'IGH si celui ci est évoqué cliniquement
- Sérologie CT n'a pas d'intérêt pour le diagnostic en phase aigue, ni pour la surveillance

INFECTION GENITALE BASSE

	Leucorrhées	Signes locaux	Signes associés
<i>Candida</i>	Blanches, caséuses	Prurit (+++++)	Vulvite (++) Anite (++)
Pyogènes	Purulentes	Brûlures	-
<i>Trichomonas</i>	Vertes, spumeuses	Prurit Brûlures	Urétrite Odeur de moisi
Vaginose bactérienne	Grisâtres, peu abondantes	Rare prurit ou irritation	Odeur de poisson pourri (sniff-test)

MYCOSE

- Vulvo-vaginite prurigineuse, intense, parfois intolérable
- Le prurit entraîne souvent une dysurie, voire une pollakiurie
- Examen périnée: inflammatoire, œdémateuse, lésions de grattage, extension sur le périnée postérieur
- Spéculum: vagin érythémateux, leucorrhées blanches, caillebottées (lait caillé), grumeleuses, tapissant les parois du vagin
- Examen au microscope : filaments mycéliens. Le *Candida albicans* est la levure le plus souvent retrouvée.

MYCOSE- Prise en charge

- Traitement topique à base d'un imidazolé, tel le sertaconazole (Monazol[®]), ou le fenticonazole (Lomexin[®]), en ovule vaginal en dose unique et crème (applications pendant 7 jours)
- Traitement du partenaire n'est pas utile en l'absence de signes cliniques
- En cas de récurrence, il faut :
 - Rechercher des facteurs favorisants comme une antibiothérapie, un diabète ou une grossesse
 - Éliminer une autre cause infectieuse (herpès)
 - Réaliser un mycogramme pour éliminer une résistance aux traitements
 - Envisager un traitement de longue durée per os (fluconazole) ou par voie vaginale.

TRICHOMONAS

- Parasite: *Trichomonas vaginalis*
- Bon marqueur d'IST: recherche systématique
- Prurit d'intensité variable
- Brûlures au moment des rapports ou des mictions
- Leucorrhées verdâtres, mousseuses, spumeuses, abondantes et nauséabondes (odeur de plâtre frais)
- Spéculum: vagin érythémateux, col framboisé
- Examen direct au microscope optique permet de mettre en évidence le parasite. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser une culture
- Traitement concerne les deux partenaires :
 - soit un traitement unique de 2 g de métronidazole (Flagyl®)
 - soit un traitement de 10 jours de 500 mg x 2 / j de métronidazole.

GARDNERELLA VAGINALIS

- Vaginite fréquente
- Pathognomonique : mauvaise odeur (poisson pourri)
- Hôte normal de la flore vaginale (isolé chez près de 10 % des patientes)
- Pour être pathogène il doit être associé avec différents germes anaérobies
- Leucorrhées : grisâtres, fluides, peu abondantes, adhérentes à la paroi vaginale
- Spéculum note peu d'irritation locale
- Le germe est mis en évidence par culture mais son association avec des anaérobies est facilement reconnu par le test à la potasse (Sniff test)
- Le traitement est justifié du fait de l'inconfort :
 - Soit un traitement monodose par métronidazole (Flagyl®) 2 g,
 - soit un traitement associant amoxicilline 2 g/j pendant 7 jours et métronidazole (Flagyl®) ovule pendant 7 jours
- Le traitement du partenaire est discuté, les récurrences font proposer un traitement complémentaire pour améliorer la flore vaginale.

Vaginose bactérienne

- Déséquilibre de la flore vaginale : la flore lactobacillaire est remplacée par la prolifération anormale d'autres espèces microbiennes (anaérobies essentiellement mais aussi *G. vaginalis* et *M. hominis*)
- Très fréquente ++++ : pertes grises peu abondantes malodorantes
- Spéculum: peu d'irritation locale
- PV : score de Nugent élevé mais son association avec des anaérobies est facilement reconnue par le test à la potasse (Sniff-test)
- Favorise la survenue de complications : IGH, infections postopératoire en cas de geste chirurgical par voie vaginale et complications obstétricales (menaces d'accouchement prématuré)
- Traitement par :
 - Métronidazole soit 2 g per os en monodose, soit 2 fois 500 mg/jour pendant 7 jours.
 - Le traitement du partenaire est inutile car il ne s'agit pas d'une IST
- Récidives fréquentes et doivent faire rechercher les causes de déséquilibre de l'écosystème vaginal (traitement hormonal...).

Germes banals

- Source d'embarras pour le médecin
- Troubles fonctionnels : leucorrhée non spécifique, gênant par son abondance, sa couleur et sa persistance
- Parfois : signes d'irritation locale avec brûlures
- Leur survenue est plus fréquente avant la puberté et après la ménopause non substituée en raison de l'absence de flore de Döderlein
- Les germes retrouvés sont variés : streptocoque B, staphylocoque, colibacilles, Protéus, etc
- Les traitements sont basés sur des produits locaux : Polygynax[®], Amphocycline[®], Colposeptine[®] en ovule. Il ne faut pas oublier de rétablir l'écosystème et de rétablir la flore de Döderlein.

CERVICITE

- *C. trachomatis*, Gonocoque ou à *M. genitalium*
- Peut être asymptomatique ou responsable de leucorrhées + / - métrorragies (spontanées ou provoquées)
- Recherche microbiologique est systématique
- Un cancer cervical sous-jacent doit être recherché +++
- Traitement probabiliste associant Ceftriaxone (1 g IM) et Azithromycine (1 g par voie orale) peut être proposé sans attendre.



Chez la jeune fille

- Vulvovaginites infectieuses possibles
- Le plus souvent, il s'agit de germes banals (*Streptococcus pyogenes* notamment), parfois une oxyurose ou une mycose
- Ne pas oublier le corps étranger intravaginal

INFECTIONS GENITALES HAUTES

- 250 cas pour 100 000 femmes dans les pays occidentaux
- Regroupe plusieurs entités :
 - Endométrite
 - Salpingite
- IGH compliquées :
 - Abscès tubo ovarien
 - Pelvi péritonite d'origine génitale
- IGH aiguës / chroniques
- Graves
- Sources de séquelle
- Simples ou intermédiaires

Contexte : facteurs de risques

- Facteurs de risques d'Infections Sexuellement Transmissibles :
 - Age < 25 ans
 - ATCD d'IST
 - Nombre de partenaires ≥ 2 dans l'année
 - Changement de partenaire récent
 - Partenaire porteur d'une IST
- Gestes endo – utérins récents: post abortum, post partum
- DIU

Interrogatoire : pour le diagnostic positif

- Douleur pelvienne > 4 jours dans la majorité des cas
- Syndrome rectal (faux besoin, ténesme, épreinte) associé
- Leucorrhées pathologiques
- Saignements endo utérins anormaux
- Fièvre, frissons
- Brûlures mictionnelles
- Dyspareunies
- Douleurs hypochondre droit (FHC) / Arthralgies (FLR)

Diagnostics différentiels

- Appendicite
- Iléite / colite
- Pyélonéphrite
- Infection génitale basse
- Autres causes gynécologiques de douleurs pelviennes : torsion annexe, kyste ovarien hémorragique, GEU...

Examen physique

- Pour le diagnostic positif :
 - Douleur annexielle provoquée ou douleur à la mobilisation utérine
 - Les signes associés (fièvre, leucorrhées, métrorragies renforcent le diagnostic)
- Pour le diagnostic de complication
 - Défense / Contracture abdominale
 - Signes de gravité du sepsis : défaillance hémodynamique, fièvre élevée mal tolérée.

Quels prélèvements en pratique ?

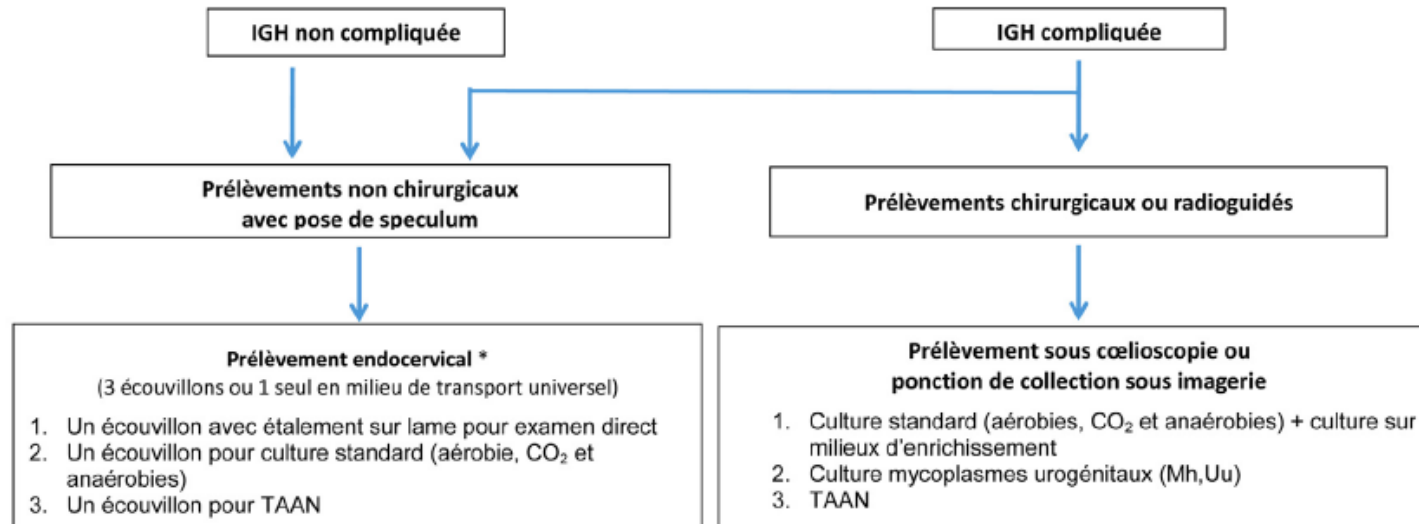


Fig. 1. Modalités de prélèvements à visée bactériologique dans les infections génitales hautes. CT : *Chlamydia trachomatis* ; MG : *Mycoplasma genitalium* ; NG : *Neisseria gonorrhoeae* ; TAAN : technique d'amplification des acides nucléiques ; Mh : *Mycoplasma hominis* ; Uu : *Ureaplasma urealyticum*. * Dans les situations où la pose d'un spéculum n'est pas possible, des prélèvements vaginaux seront réalisés par défaut.

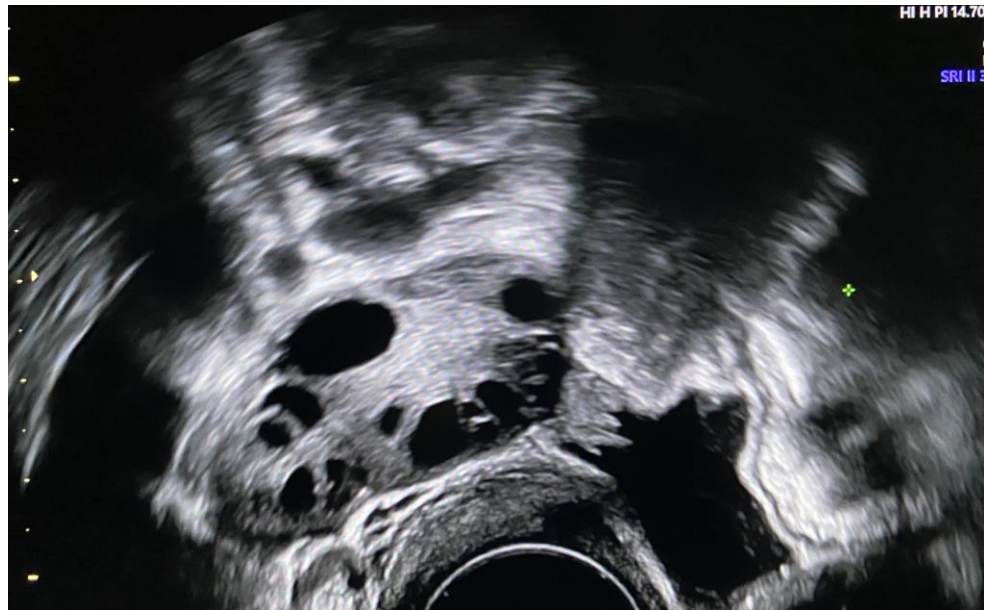
Biologiquement

- Hyperleucocytose et élévation de la CRP : forme compliquée ou diagnostic différentiel
- Absence d'hyperleucocytose ou CRP normale ne permet pas d'éliminer le diagnostic !
- ECBU
- Si suspicion d'IGH compliquée : bilan d'hémostase (TP +++)

Echographie pelvienne

- Ne contribue pas au diagnostic positif (mais au diagnostic de gravité !)
- Peu sensible, peu spécifique
- Peut être compléter d'un scanner abdomino-pelvien injecté

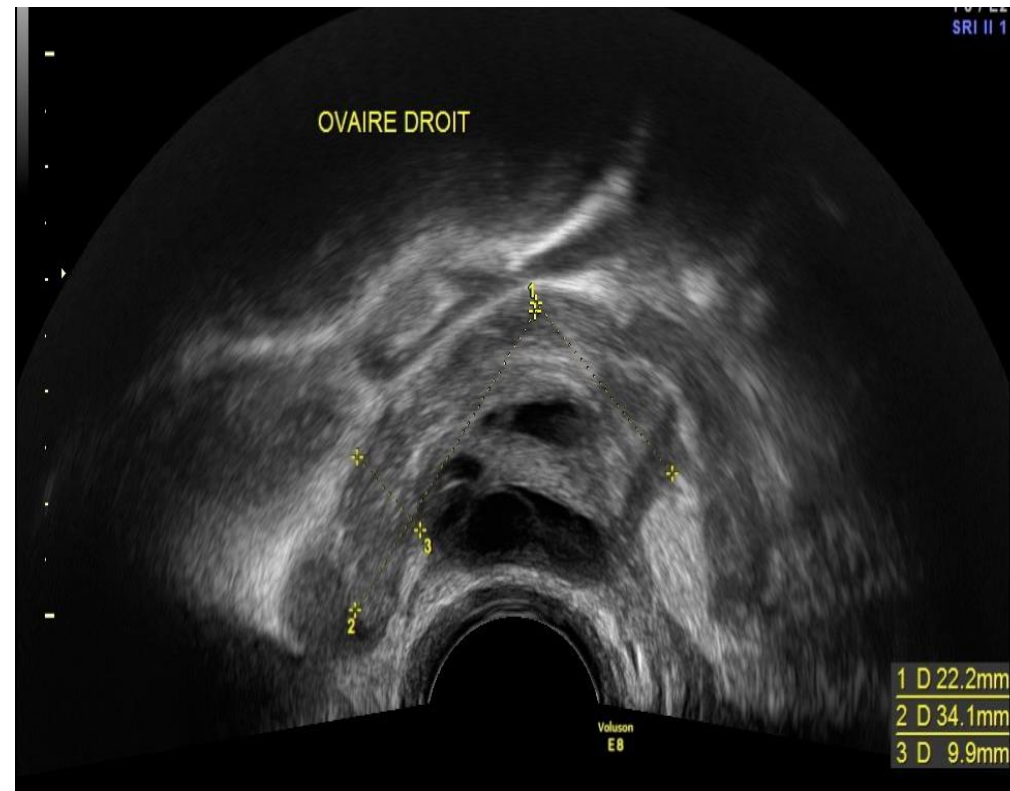
Imagerie : la trompe normale



Dr Villette

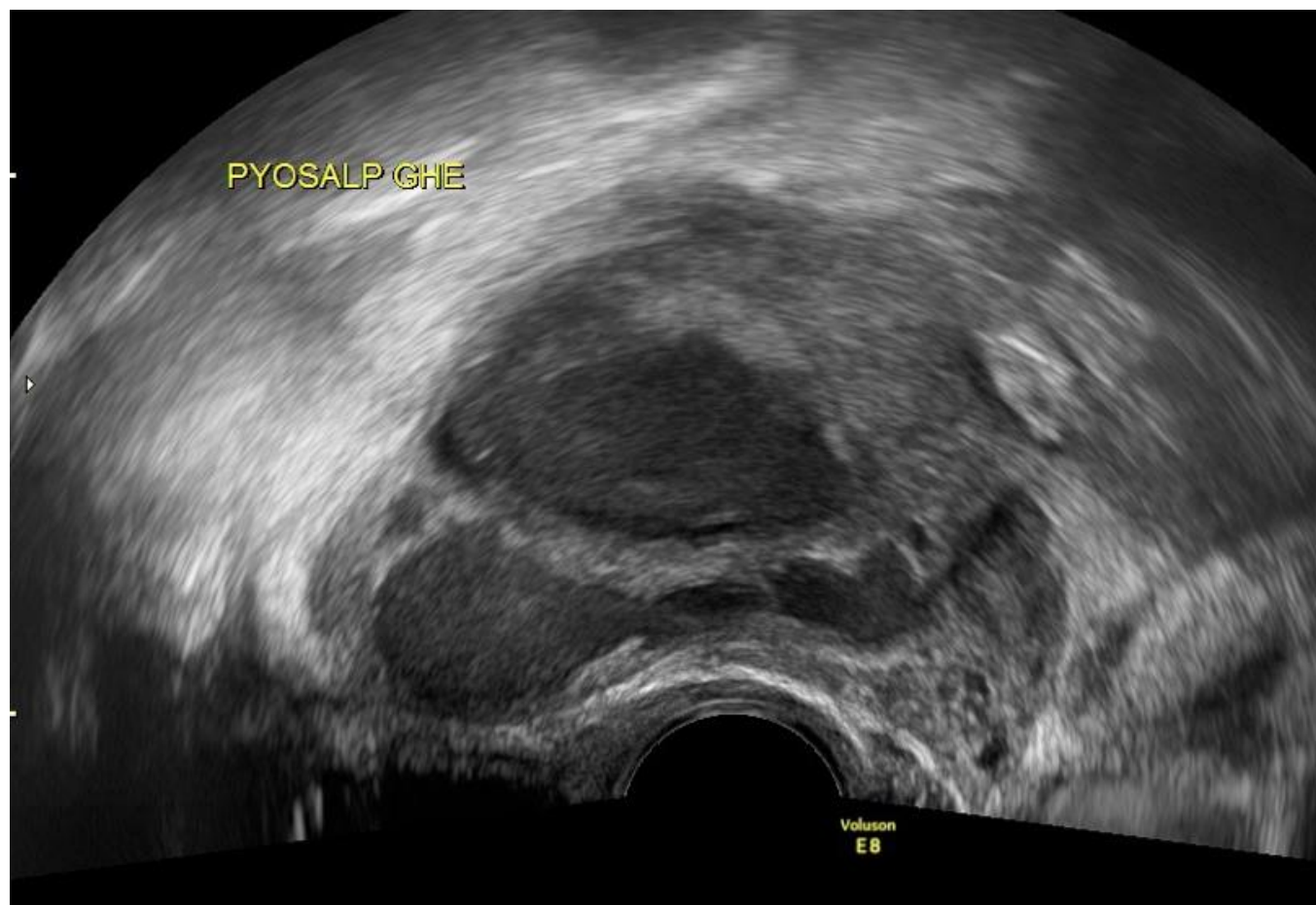
Imagerie : salpingite

- Une échographie normale n'élimine pas le diagnostic !!!!



Dr Villette

Imagerie stade de collection



Dr Villette

Quels germes cibler ?

- Agents d'IST responsables d'IGH :
 - Chlamydia Trachomatis (leucorrhées translucides)
 - Neisseria Gonorrhoeae
 - Mycoplasma Genitalium
- Anaérobies (contamination endogène)
- BGN
- Streptocoques

Mycoplasme et Chlamydia

- Leucorrhées inconstantes mais endocervicite ++, parfois discrète
- Le diagnostic se fait par PCR
- Autres mycoplasmes: *Mycoplasma hominis* et les *ureaplasma* peuvent faire partie de la flore vaginale commensale. Non responsables d'IST. En revanche responsables de pathologies obstétricales (accouchements prématurés, rupture prématurée des membranes)
- Traitement est basé sur les cyclines (7 jours par voie orale) ou sur l'azithromycine (Zithromax Monodose[®] en prise unique de 1 g).

Gonocoque

- Hautement pathogène
- Leucorrhées: jaunes ou verdâtres, purulentes avec parfois des signes d'urétrite ou de skénite
- Spéculum: cervicite avec glaire purulente, parois vaginales rouges, saignant au contact
- Notion d'urétrite chez le partenaire ou d'écoulement méatique
- Examen direct: diplocoque Gram négatif. La recherche se fait à présent par technique d'amplification génique (PCR)
- De plus en plus de souches de Gonocoque sont devenues multi-résistantes aux antibiotiques

IGH non compliquée: PEC

- Indication à un traitement antibiotique en externe
- Introduire dès le diagnostic posé, retard thérapeutique associé à une augmentation du risque de GEU et infertilité tubaire
- Guérison dans 80 à 90%
- ATB 1ere intention: ceftriaxone 1 g, 1 fois, IM (intramusculaire) ou IV (intraveineuse) associée à doxycycline 100 mg x 2/j et métronidazole 500 mg x 2/j par voie orale pendant 10 jours
- IGH intermédiaire: même traitement en PO ou IV
- Reconvocation à 72h pour réévaluation clinique, biologique +/- échographique, réadaptation selon antibiogramme.

- Pas de nécessité d'ablation du DIU de façon systématique
- Ablation si forme compliquée ou mauvaise évolution après 3 à 5 jours
- Même PEC pour les patientes VIH

IGH non compliquées: protocole d'antibiothérapie

	Antibiotiques	Posologie ^a	Voie	Durée ^b	Remarques
Externe 1 ^{re} intention	ceftriaxone	1 g	IM	1 fois	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
	+ doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j	
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j	
Externe Alternatives	ofloxacin	200 mg x 2/j	PO	10 j	AMM pour ofloxacin à 400 mg/j, mais littérature rapportant 800 mg/j
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j	
	+/- ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	
Externe Alternatives	lévofloxacin ^d	500 mg/j	PO	10 j	pas d'AMM pour lévofloxacin, aussi efficace qu'ofloxacin
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j	
	+/- ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	
Externe Alternatives	moxifloxacin ^e	400 mg/j	PO	10 j	AMM pour moxifloxacin, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître
	+/- ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	
Hospitalisation 1 ^{re} intention	ceftriaxone	1 g/j	IV	1 fois	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
	+ doxycycline ^f	100 mg x 2/j	IV, PO	10 j	
	+ métronidazole ^f	500 mg x 2/j	IV, PO	10 j	
Hospitalisation Alternatives	doxycycline	100 mg x 2/j	IV, PO		relais oral après 24 h d'amélioration ; cefoxitine efficace sur anaérobies
	+ céfoxitine	2 g x 4/j	IV		
	<i>puis relais par</i> doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 jours	
Hospitalisation Alternatives	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 jours	clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG
	clindamycine	600 mg x 3/j	IV		
	+ gentamicine	5 mg/kg x 1/j	IV	≤ 3 jours	
Hospitalisation Alternatives	<i>puis relais par</i> clindamycine	600 mg x 3 /j	PO	10 jours	

IGH compliquées: PEC

- Hospitalisation
- Antibiothérapie 1^{ère} intention :
 - Ceftriaxone 1 à 2 g/j IV (2 g si signes de gravité ou poids > 80 kg) pendant quelques jours
 - Doxycycline 100 mg x 2/j, IV ou PO
 - Métronidazole 500 mg x 3/j, IV ou PO
 - Relais: doxycycline 100 mg x 2/j et métronidazole 500 mg x 3/j par voie orale pendant 14 jours au total
- Abscès tubo-ovarien > 3-4cm : taux d'échec supérieur en l'absence de drainage et risque de complications graves (rupture abcès, péritonite généralisée, choc septique)
- Indication à un drainage radiologique ou chirurgical
- Drainage par voie transvaginale si faisable / coelioscopie
- Si signe de gravité: coelioscopie

IGH compliquées: Protocole d'antibiothérapie

	Antibiotique(s)	Posologie	Voie
Traitement d'induction en hospitalisation ^a Première intention	ceftriaxone + métronidazole ^b + doxycycline ^b	1 à 2 g/j 500 mg x 3/j 100 mg x 2/j	IV IV, PO IV, PO
Traitement d'induction en hospitalisation ^a Alternatives	céfoxitine + doxycycline ^b	2 g x 4/j IV 100 mg x 2/j	IV IV, PO
	clindamycine + gentamicine	600 mg x 4/ j 5 mg/kg x 1/j	IV IV
Relais par voie orale	doxycycline ^{b,c} + métronidazole ^c	100 mg x 2/j 500 mg x 3/j	PO PO
	clindamycine ^c	600 mg x 3/j	PO
	ofloxacin + métronidazole	200 mg x 3/j 500 mg x 3/j	PO PO
	lévofloxacine ^d + métronidazole	500 mg x 1/j 500 mg x 3/j	PO PO
	moxifloxacine ^e	400 mg x 1/j	PO

- La durée totale du traitement: 14 jours à 21 jours en fonction de l'évolution au cas par cas.
- Si retentissement septique: ajouter Gentamicine (adaptée à la fonction rénale 5 mg/kg x 1/j IV 5 j).
- Excellente biodisponibilité orale du métronidazole et de la doxycycline: administrer per os si la situation autorise la prise orale.

Suivi

- Informations IST
- Dépistage conjoint(e)
- Imagerie de contrôle non recommandée systématiquement
- Pose possible de DIU après épisode traitée avec TAAN avant pose
- Grossesse possible (informations risques de GEU, infertilité)

- Suivi après IGH +++
- Taux de perdu de vue: 40%
- TAAN 3 à 6 mois pour IGH associée aux IST
- Utilisation de préservatifs recommandée
- Récidive chez 15 à 21% des femmes (réinfection 20 à 34%)
- Majoré risque infertilité et douleurs pelviennes chroniques (30%)

Antibioprophylaxie et IGH

- Systématique lors d'une césarienne
- Non recommandée lors : HSG, hystéroscopie, IVG médicamenteuse
- Risque lors de l'insertion d'un DIU < 1 % : non recommandé
- Si femme à risque d'IST : dépistage IST proposé mais sans retarder la pose du DIU
- Lors d'une demande IVG : dépistage d'infection à CT et NG est recommandé

ENDOMETRITE DU POST PARTUM

- Symptômes:
 - Douleurs abdomino-pelviennes
 - Fièvre
 - Lochies fétides
- Examen clinique:
 - Douleur utérine provoquée
 - T°>38°
- Echographie: difficile en post partum

ENDOMETRITE DU POST PARTUM- PEC

- Amoxicilline – acide clavulanique, 3 à 6 g/jour selon le poids, IV ou PO
- En cas d'allergie grave aux pénicillines, une association clindamycine (600 mg x 4/j) et gentamicine (5 mg/kg x 1/j) par voie IV est recommandée pour traiter les endométrites du post-partum (non conseillé en cas d'allaitement)
- Imagerie par TDM AP injectée si mauvaise évolution à 72heures (recherche thrombophlébite pelvienne ou abcès profond)
- Si thrombophlébite associée: ajouter anticoagulation 6 semaines

ENDOMETRITE CHRONIQUE

- Contexte: causes inexpliquées d'infertilité, échec de FIV, échec d'implantation, FCS répétées.
- Retrouvées dans 10% des hystérectomies réalisées pour cause bénignes
- Infection bactérienne dans 58% des cas (BGN, Ureaplasma urealyticum, Chlamydiae)
- Symptômes: douleur pelvienne, métrorragie, leucorrhées
- Diagnostic: hystéroscopie diagnostiques, biopsie endomètre à la recherche de CD138 (à préciser sur la demande) pour identification des plasmocytes.

ENDOMETRITE CHRONIQUE- PEC

- Doxycycline 100mgX2/ jour pendant 14 jours
- Ofloxacine 400mgX2/ jour et métronidazole 500mgX2/ jour
- Nécessité de 2^{ème} cure environ 40%
- Augmente les chances d'une grossesse post traitement

ACTINOMYCOSE PELVIENNE

- Bactérie dont 6 espèces au moins peuvent être pathogènes pour l'homme : *Actinomyces Israelii* (Bactéries filamenteuses, à Gram positif, ramifiées, anaérobies, immobiles, non acido-résistantes)
- Lors de l'infection du tractus génital (5%) : le plus souvent associé au DIU, plus rarement d'autres corps étrangers (tampon, pessaire...)
- Y penser pour les DIU en place depuis de longues années !! Ou contexte particulier
- Tableau clinique : peut être frustré / abcès pelviens
- Diagnostic : cytologie / immunofluorescence / culture lente (GOLD STANDARD) / anatomopathologie
- Imagerie: imite un processus néoplasique
- Antibiothérapie prolongée par Amoxicilline

Actinomycoose et frottis / DIU

- Grandes variétés de recommandations différentes +++
- Si asymptomatique:
 - NE RIEN FAIRE, prévenir des signes devant amener à reconsulter ?
 - Ou retirer, contrôler le FCV/biopsie endomètre et remettre un DIU sous couvert 8j ATB ?
- Si symptomatique: retirer le DIU, recherche abcès, antibiothérapie forte dose et longtemps ++++

Dans tous les cas: contrôle du PV ++++

CAS CLINIQUE

- Patiente âgée de 30ans, G1P1, sans antécédent médico-chirurgicaux, elle a un DIU cuivre depuis 3 ans.
- Elle consulte pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 10 jours.

Quelle prise en charge proposez vous?

Quelle prise en charge proposez vous?

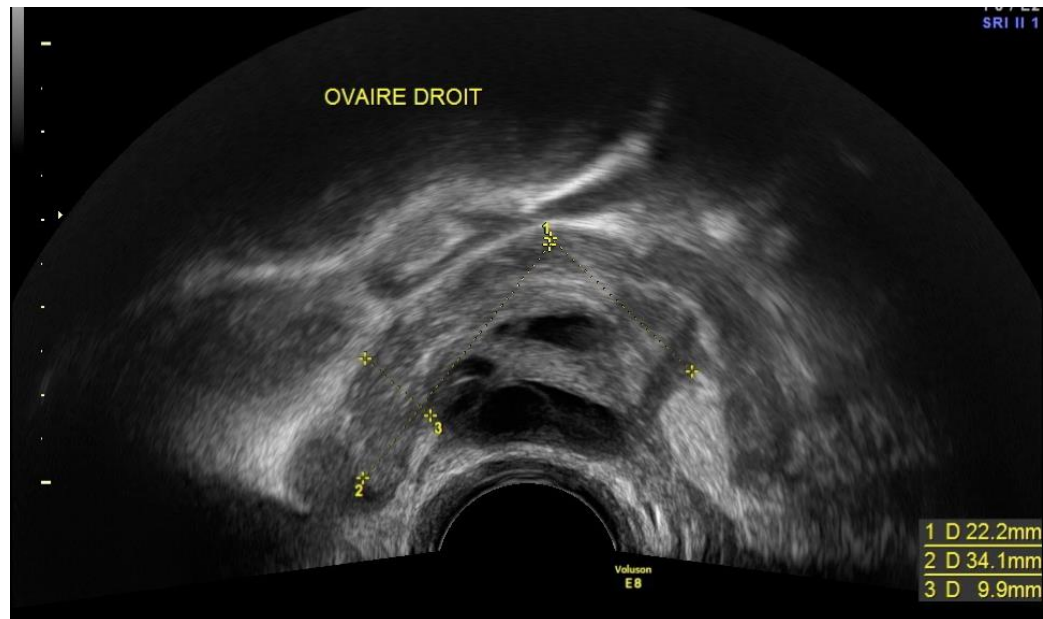
- Examen clinique
 - Constantes
 - Palpation abdominale: douleur, défense/ contracture
 - Spéculum: leucorrhées pathologiques?
 - TV: douleur à la mobilisation, cul de sac, abcès?

Quels examens complémentaires proposez vous?

Quels examens complémentaires proposez vous?

- PV
- ECBU
- Bilan sanguin: NFS, CRP, ionogramme sanguin urée, créat
- Echographie pelvienne

- Biologie: GB 12G/L, CRP 80mg/l
- A l'échographie : utérus antéversé de taille et de forme normale, mise en évidence d'une trompe droite épaissie, sans abcès tubo-ovarien, les ovaires sont normaux, pas d'épanchement



Quel est votre diagnostic?

Quel est votre diagnostic?

- IGH non compliquée

Quelle prise en charge proposez vous?

Quelle prise en charge proposez vous?

- Traitement ambulatoire: triple antibiothérapie: ceftriaxone 1 g, 1 fois, IM (intramusculaire) ou IV (intraveineuse) associée à doxycycline 100 mg x 2/j et métronidazole 500 mg x 2/j par voie orale pendant 10 jours
- Réévaluation clinico-biologique à 48-72heures pour réévaluation clinique, biologique +/- échographique, réadaptation selon antibiogramme.

Doit on retirer le DIU en place?

Doit on retirer le DIU en place?

- Pas de nécessité d'ablation du DIU de façon systématique pour les IGH non compliquée

- Patiente âgée de 24ans, ayant changé de conjoint récemment, consulte pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 2 semaines avec leucorrhées épaisses jaunâtres et de la fièvre la veille.

Concernant les IGH

1. L'âge inférieur à 25ans est un facteur de risque d'IST
2. Parmi les germes responsables d'IST nous pouvons retrouver:
Chlamydiae Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae et *Escherichia Coli*
3. Parmi les symptômes nous pouvons retrouver des saignements endo utérins anormaux
4. Elles peuvent se compliquer d'un abcès tubo-ovarien
5. L'appendicite ne fait pas partie des diagnostics différentiels de l'IGH

Concernant les IGH

1. **L'âge inférieur à 25ans est un facteur de risque d'IST**
2. Parmi les germes responsables d'IST nous pouvons retrouver:
Chlamydiae Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae et *Escherichia Coli*
3. **Parmi les symptômes nous pouvons retrouver des saignements endo utérins anormaux**
4. **Elles peuvent se compliquer d'un abcès tubo-ovarien**
5. L'appendicite ne fait pas partie des diagnostics différentiels de l'IGH

Facteurs de risque

- Facteurs de risques d'Infections Sexuellement Transmissibles :
 - Age < 25 ans
 - ATCD d'IST
 - Nombre de partenaires ≥ 2 dans l'année
 - Changement de partenaire récent
 - Partenaire porteur d'une IST
- Gestes endo – utérins récents: post abortum, post partum
- DIU

Interrogatoire : pour le diagnostic positif

- Douleur pelvienne > 4 jours dans la majorité des cas
- Syndrome rectal (faux besoin, ténesme, épreinte) associé
- Leucorrhées pathologiques
- Saignements endo utérins anormaux
- Fièvre, frissons
- Brûlures mictionnelles
- Dyspareunies
- Douleurs hypochondre droit (FHC) / Arthralgies (FLR)

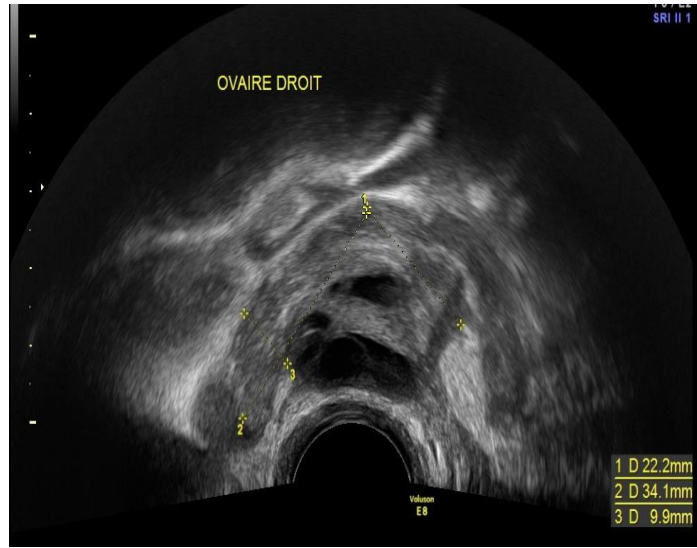
Examen physique et complémentaires

- Palpation abdominale: Défense / Contracture abdominale
- Examen au spéculum: leucorrhées pathologiques
- Toucher vaginal: douleur annexielle provoquée ou douleur à la mobilisation utérine
- Echographie pelvienne sus pubienne/ endovaginale: recherche masse latéro-utérine, épanchement
- Biologie: NFS, CRP, ionogramme sanguin créatininémie + sérologies, hémostase si compliquée
- PV (standard + recherche IST), ECBU

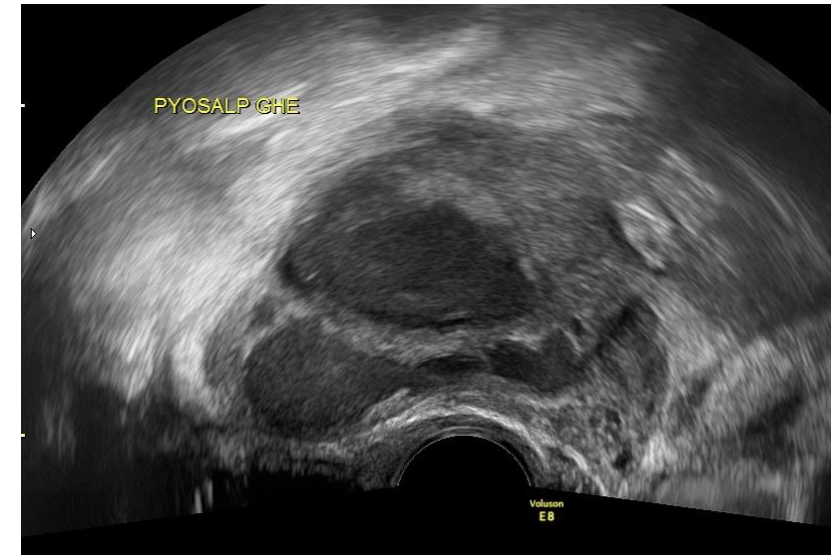
Imagerie



Trompe normale



Salpingite



Abcès tubo-ovarien

Concernant le traitement

1. L'IGH non compliquée nécessite systématiquement une hospitalisation
2. En cas d'IGH non compliquée, l'antibiothérapie en première intention est une triple antibiothérapie par Ceftriaxone, Doxycycline, Métronidazole
3. En cas d'IGH compliquée, l'antibiothérapie en première intention est une triple antibiothérapie par Ceftriaxone, Doxycycline, Métronidazole
4. Les abcès tubo-ovariens de > 3-4cm sont associés à un taux d'échec supérieur en l'absence de drainage et sont à risque de complications graves
5. En cas d'IGH non compliquée, l'ablation du DIU en place n'est pas systématique

Concernant le traitement

1. L'IGH non compliquée nécessite systématiquement une hospitalisation
2. En cas d'IGH non compliquée, l'antibiothérapie en première intention est une triple antibiothérapie par Ceftriaxone, Doxycycline, Métronidazole
3. En cas d'IGH compliquée, l'antibiothérapie en première intention est une triple antibiothérapie par Ceftriaxone, Doxycycline, Métronidazole
4. Les abcès tubo-ovariens de > 3-4cm sont associés à un taux d'échec supérieur en l'absence de drainage et sont à risque de complications graves
5. En cas d'IGH non compliquée, l'ablation du DIU en place n'est pas systématique

Concernant le suivi

1. Il n'est pas nécessaire de dépister le/ la conjoint(e)
2. Le taux de récurrence est de 15 à 20% des femmes
3. Une grossesse n'est pas possible après un épisode d'IGH compliquée
4. La pose de DIU est contre indiquée après un épisode d'IGH compliquée
5. Les IGH majorent le risque d'infertilité, mais ne majorent pas les risques de douleurs pelviennes chroniques

Concernant le suivi

1. Il n'est pas nécessaire de dépister le/ la conjoint(e)
2. **Le taux de récurrence est de 15 à 20% des femmes**
3. Une grossesse n'est pas possible après un épisode d'IGH compliquée
4. La pose de DIU est contre indiquée après un épisode d'IGH compliquée
5. Les IGH majorent le risque d'infertilité, mais ne majorent pas les risques de douleurs pelviennes chroniques

Références

IGH:

- Jean-Luc Brun Bernard Castan Bertille de Barbeyrac Charles Cazanave Amelie Charveriat Karine Faure Stéphanie Mignot Renaud Verdon Xavier Fritel Olivier Graesslin, les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique,, *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*, 2019
- Ah-Kit X, Hoarau L, Graesslin O, Brun JL. Suivi et conseils après infection génitale haute. RPC Infections génitales hautes CNGOF et SPILF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019

Endométrite chronique:

- Park 2016. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine/* 2015, *Human Reproduction/* Romero 2004 *Fertility and Sterility /* Kitaya 2011, *American Journal of Reproductive Immunology*
- Ness, R. B., Soper, D. E., Holley, R. L., Peipert, J., Randall, H., Sweet, R. L., ... Kelsey, S. F. (2002). *Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the pelvic inflammatory disease evaluation and clinical health (peach) randomized trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology*
- Johnston-MacAnanny, E. B., Hartnett, J., Engmann, L. L., Nulsen, J. C., Sanders, M. M., & Benadiva, C. A. (2010). *Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization. Fertility and Sterility,*
- Kitaya, K., Tada, Y., Taguchi, S., Funabiki, M., Hayashi, T., & Nakamura, Y. (2012). *Local mononuclear cell infiltrates in infertile patients with endometrial macropolyps versus micropolyps. Human Reproduction*
- McQueen, D. B., Bernardi, L. A., & Stephenson, M. D. (2014). *Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. Fertility and Sterility*
- Cicinelli, E., Matteo, M., Tinelli, R., Lepera, A., Alfonso, R., Indraccolo, U., ... Resta, L. (2014). *Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy. Human Reproduction*

Actinomyose:

EPOPI, Collège des universitaires de Maladies infectieuses et tropicales



Merci pour votre attention

johanna.ilic@aphp.fr