

Salpingite

Introduction

- C'est une infection d'une ou des 2 trompes associée plus souvent à une endométrite
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Elles font, le plus souvent, suite à une infection génitale basse sexuellement transmissible
- Les signes cliniques sont plus souvent peu intenses et trompeurs rendant le diagnostic difficile
- Elle expose au risque de stérilité et de GEU

Facteurs de risque

- **Femme jeune** : la majorité a moins de 25 ans
- **Multiplicité des partenaires** : MST
- **Précocité des premiers rapports sexuels**
- **Contraception par dispositif intra-utérin (DIU)**
- **Bas niveau socio-économique**
- **Antécédent d'infection sexuellement transmissible**
- **Antécédent des gestes endo-utérins** : révision utérine, hystérosalpingographie, hystérocopie, Interruption Volontaire de Grossesse, biopsie cervicale

Physiopathologie

- **Rappel** : du vagin à l'endocol le milieu est septique, siège d'une flore poly-microbienne variable. L'appareil génital haut est bactériologiquement stérile
- **Pathogénie** : l'infection tubaire se fait le plus souvent par voie ascendante
 - **Voie sexuelle** : dans 85% des cas
 - **Voie iatrogène** : dans 15% des cas, hystérométrie, hystérocopie, hystérosalpingographie, curetage
 - **Voie hématogène ou lymphatique** : parfois
 - **Infection par contiguïté d'un organe de voisinage** : rarement, appendicite, sigmoïdite, péritonite
- **Agents infectieux** :
 - ***Chlamydia trachomatis*** : responsable de 60% des cas de salpingite, apporté par voie sexuelle, c'est une bactérie à reproduction intracellulaire obligatoire, son réservoir est strictement humain
 - **Gonocoque** : responsable de 10% des cas de salpingites, apporté aussi par voie sexuelle, envahit le vagin → la muqueuse endocervicale → l'endomètre → trompes
 - **Bactéries d'origine cervico-vaginale** : entérobactéries (*E. coli*, *Proteus*, *bactéroïde fragilis*, *mucoplasma hominis*, staphylocoques et streptocoques). Ces germes peuvent devenir pathogène du fait d'un déséquilibre hormonal, d'une immunodépression, en post-partum, en post-abortionum, manœuvres endo-utérines (hystérosalpingographie, révision utérine, hystérocopie...)

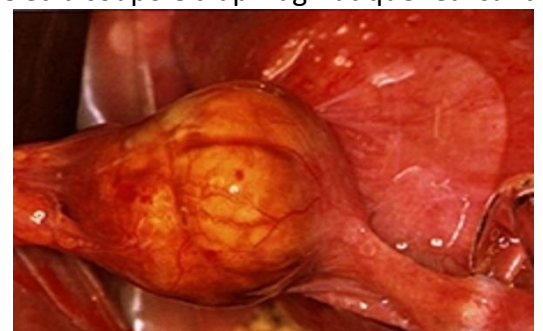
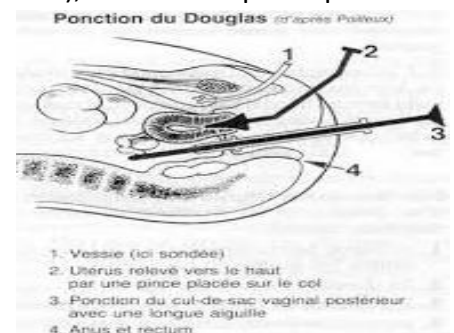
Diagnostic positif

- **Clinique** → forme typique :
 - **Interrogatoire** : âge de la patiente, parité, date et caractère des dernières règles, mode de contraception, vie sexuelle, antécédents de salpingites, antécédents des geste invasifs endo-utérins

- **Signes fonctionnels :**
 - **Douleur hypogastrique** : récente, depuis 2-3 jours, irradiation descendante vers les cuisses et les organes génitaux externe, les lombes, et l'articulation sacro-iliaque, d'intensité variable, uni- ou bilatérale
 - **Métrorragies**
 - **Leucorrhées**
- **Signes accompagnateurs :**
 - **Signes digestifs** : vomissements, nausées, troubles du transit
 - **Signes urinaires** : pollakiurie, brûlures mictionnelles, dysurie
- **Signes généraux** : syndrome infectieux franc : fièvre à 38°C (voire 39-39,5°C), parfois frissons, état général conservé au début, pouls accéléré
- **Examen physique :**
 - **Palpation de l'abdomen** : douleur hypogastrique avec défense limitée à la région hypogastrique, douleur de l'hypochondre droit (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis)
 - **Examen au speculum** : leucorrhée typiquement purulente et nauséabonde, cervicite ou glaire cervicale louche ou purulente, parfois des métrorragies
 - **TV** : douleur à la mobilisation utérine, douleur à la palpation d'une ou des annexes, empatement douloureux d'un ou des culs-de-sac vaginaux

- **Examens complémentaires :**

- **Bilan inflammatoire** : syndrome inflammatoire : FNS (hyperleucocytose avec polynucléose), VS (accélérée), CRP (augmentée)
- **Taux de β -HCG** : élimine une GEU
- **Examens bactériologiques** : hémoculture (si fièvre ou frissons), prélèvements bactériologiques locaux (vagin, endocol, méat urétéral, anus), si contraception par DIU : ablation et mise en culture, ECBU
- **Sérologie des MST** : VIH, syphilis, hépatite B et C avec bilan systématique du partenaire
- **Culdocentèse** : liquide péritonéal, pus franc, augmentations des globules blancs
- **Echographie** : utile pour le diagnostic mais sa normalité n'élimine pas le diagnostic
 - **Phase aiguë** : échographie pauvre
 - **Phase de collection** : pyosalpinx, abcès du Douglas
 - **Phase séquellaire** : hydrosalpinx
- **Cœlioscopie** : triple intérêt :
 - **Diagnostique** : elle permet de poser le diagnostic de certitude par la mise en évidence des lésions génitales :
 - ✓ Trompes congestives, œdématisées et épaisses
 - ✓ Fausses membranes qui recouvrent les trompes, l'ovaire, le péritoine et le ligament large
 - ✓ Adhérences péri-tubaires, épanchement dans le Douglas, pus au niveau du pavillon
 - ✓ Examen de la région hépatique à la recherche d'adhérences anciennes organisées, fines, tendues entre le foie et la coupole diaphragmatique réalisant le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis
 - ✓ Identification du germe responsable grâce au prélèvement bactériologique
 - **Pronostique** : évaluer le risque de la stérilité tubaire ultérieure par la détermination de la sévérité des lésions tubaires et pelviennes



- **Thérapeutique** : drainage des collections, toilette péritonéale, adhésiolyse (destruction atraumatique des adhérences tubaires)

Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

- C'est une péri-hépatite due à l'inflammation de la capsule de Glisson du foie, mimant un tableau clinique de cholécystite aiguë : douleur de l'hypochondre droit + fièvre
- **Biologie** : VS accélérée, CRP augmentée, hyperleucocytose, avec un bilan hépatique normal
- **Cœlioscopie** : adhérence inter-hépatodiaphragmatique en corde de violon
- **Echographie hépatique** : normal

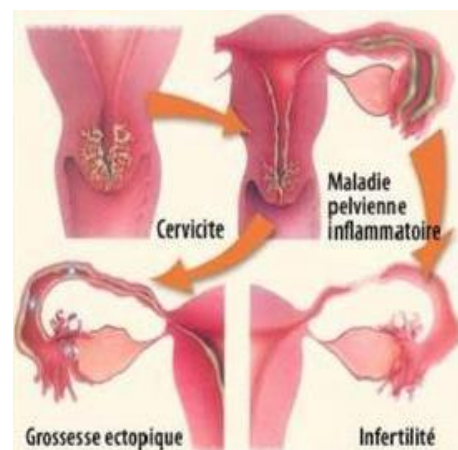


Diagnostic différentiel

- **Dans la sphère génitale** : GEU, torsion d'annexe, hémorragie ou rupture d'un kyste ovarien, endométriose
- **En-dehors de la sphère génitale** : appendicite aiguë, cholécystite aiguë, péritonites, infections urinaires basses

Evolution

- **Bien traitée** : la salpingite évolue vers la guérison, en 48 heures, les douleurs disparaissent, la température tombe. Le meilleur critère de la guérison de salpingite est une grossesse intra-utérine évolutive
- **Evolution compliquée** : elle se voit surtout en cas de salpingite non-traitée ou de traitement insuffisant : pyosalpinx (abcès de la trompe), abcès ovarien ou du Douglas, pelvipéritonite (péritonite à point de départ tubaire)
- **Séquelles** : en cas d'évolution silencieuse et de diagnostic tardif : infertilité par adhérences péri-tubo-ovariennes et obstruction tubaire, GEU, salpingite chronique, douleurs pelviennes chroniques



Traitement

- **Curatif** : la salpingite c'est une urgence thérapeutique, la durée du traitement doit être de 15 à 20 jours
 - **Mise en condition** : hospitalisation en service de gynécologie, voie veineuse périphérique, repos strict au lit, mise en repos des ovaires (contraception), éviction des rapports sexuels
 - **Médical** :
 - **Antibiotiques** : tri-antibiothérapie prolongée, initialement par voie parentérale, relais per os après 48h d'apyrexie et amélioration clinique
 - ✓ Antibiotiques par voie parentérale : Augmentin (1g x4/j), Flagyl (500mg x2/j), Ofloxacet (200mg x2/j)
 - **AINS et corticothérapie**
 - **Chirurgical** : cœlioscopie : adhésiolyse, incision et drainage des abcès, toilette péritonéale
- **Préventif** : information sur les MST et sur la contraception barrière, dépistage et traitement des infections génitales basses, dépistage et traitement obligatoire du partenaire