

I. Introduction :

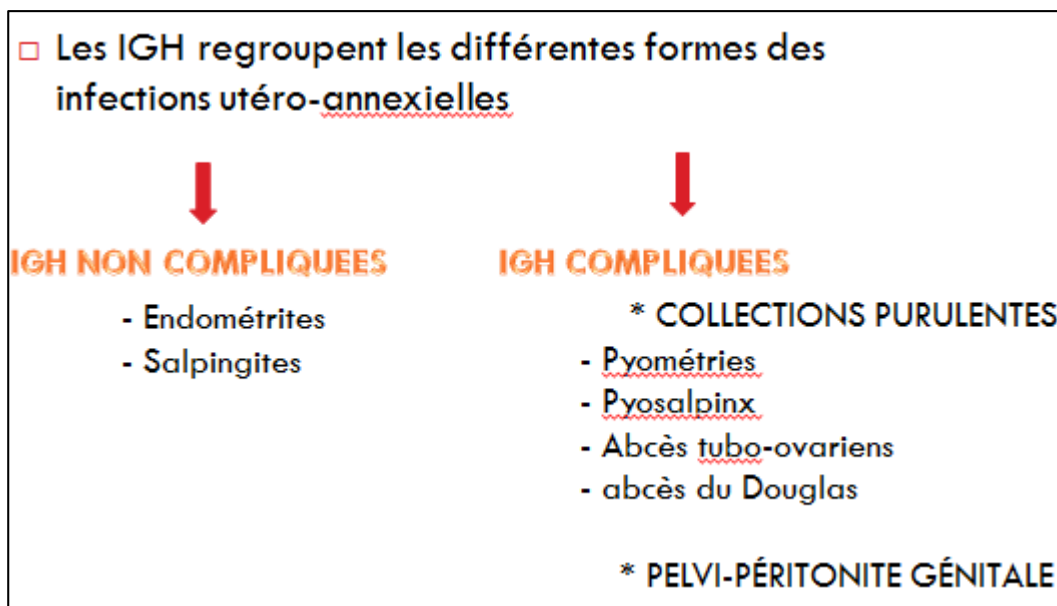
Les infections génitales hautes (IGH) regroupent les endométrites, les salpingites, les collections purulentes et les pelvipéritonites d'origine génitale.

Ces infections peuvent être graves et source de séquelles (stérilité, GEU...)

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



- ❖ Salpingite: infection aiguë d'une ou des deux trompes.
- ❖ Endomérite: infection de la muqueuse utérine et d'éventuels tissus trophoblastiques résiduels (post-partum/post-abortum).
- ❖ Pyométrie: collection abcédées de la cavité utérine.
- ❖ Pyosalpinx: collection purulente intratubaire pouvant survenir par surinfection d'un hydrosalpinx)
- ❖ Abcès tubo-ovarien: collection purulente entre les adhérences dans l'espace entre trompe et ovaire.
- ❖ Abcès du douglas: collection abcédée du cul-de-sac de Douglas.
- ❖ Pelvipéritonites: atteinte diffuse du pelvis avec un épanchement purulent.

II. 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 génitale haute 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 : rarement
 - Infection par contigüité d'un organe de voisinage : appendicite, sigmoïdite, péritonite

□ Agents infectieux :

Chlamydia trachomatis : responsable de 60% des cas de salpingite, apporté par voie sexuelle,

Gonocoque : responsable de 10% des cas de salpingites, apporté aussi par voie sexuelle

Mycoplasmes : Mycoplasmahominis, Mycoplasmagenitalium (5 à 20%)

Les germes pathogènes opportunistes 15%

- Bactéries d'origine cervico-vaginale : entérobactéries (E. coli, Proteus, staphylocoques et streptocoques).
- Ces germes peuvent devenir pathogène du fait d'un déséquilibre hormonal, d'une immunodépression, en post-partum, en post-abortum, manoeuvres endo-utérines (hystérosalpingographie, révision utérine, hystérocopie...)

□ FACTEURS DE RISQUE

Age ≤ 25ans.

Atcd d'IST ou d'IGH.

Épisode récent d'urétrite chez le partenaire.

Notion de partenaires multiples (>2).

Changement récent de partenaire.

Précocité des premiers rapports sexuels.

Mode de contraception (dispositif intra-utérin).

Notion de geste endo-utérin récent: DIU, HSG, HSC...

Une période post-partum ou post-abortum.

III. Diagnostic

Diagnostic difficile+++

>70% des IGH sont asymptomatiques

Symptomatologie peu spécifique

Absence de signe pathognomonique

1. Clinique

□ 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 :
- Triade classique: FIEVRE –DOULEUR PELVIENNE - LEUCORRHEES
 - FIEVRE > 38 +/- frissons (dans 40% des cas), inconstante
 - DOULEUR PELVIENNE : insidieuse ,sourde, continue, uni ou bilatérale , de début progressif depuis au moins 4jours irradiation descendante vers les cuisses et les organes génitaux externe
 - LEUCORRHEES: mucopurulentes ou purulentes dans 75% des cas
- Autres symptômes:

Métrorragies (4%)

Signes urinaires (brûlures mictionnelles, dysurie et pollakiurie retrouvés dans 15 à 30 %des cas)

Signes digestifs : vomissements, nausées, troubles du transit

Syndrome rectal (ténésme, épreinte)

Douleurs de l'hypocondre droit (10-25%/ chlamydirose)

Dyspareunie .

2. L'EXAMEN CLINIQUE

Palpation de l'abdomen : douleur hypogastrique avec défense limitée à la région hypogastrique, douleur de l'hypocondre droit

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, empâtement douloureux d'un ou des culs-de-sac vaginaux

3. PARACLINIQUE

EXAMENS BIOLOGIQUES :

- NFS: hyperleucocytose, souvent liée à une IGH compliquée
- CRP ↑ inconstamment au début de l'infection
- VS ↑
- Sérologies IST: HIV, hépatite B, C, VDRL, TPHA
- Taux de β -HCG : pour éliminer une GEU
- Examens bactériologiques (certitude)
- Hémoculture (si fièvre ou frissons)
- Prélèvement vaginal

- ❑ ED: leucocytes, Trichomonas, vaginose bactérienne
- ❑ Test amplification acides nucléiques (TAAN) pour: C. Trachomatis /N. gonorrhoeae/M. genitalium.
- ❑ Prélèvement d'endocol (après désinfection exocol) Recherche bactéries aérobies, anaérobies.
- ❑ biopsie d'endomètre si doute diagnostique.
- ❑ Autres: analyse du DIU, prélèvement urétrale chez le partenaire, anus

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

- ❑ Sa normalité n'élimine pas le diagnostic, utile pour le diagnostic des IGH compliquées:
 - ❑ Phase aigüe : échographie pauvre, épaissement tubaire
 - ❑ Phase de collection : pyosalpinx, abcès du Douglas: masse hétérogène latéro-utérine cloisonnée avec de fins échos
 - ❑ Phase séquellaire : hydrosalpinx: présence de liquide dans la trompe
- ❑ Elimine une autres pathologies: GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire....

IRM/TDM

En cas de difficulté diagnostique, avec injection de produit de contraste : utiles au diagnostic différentiel d'origine urinaire, digestive ou gynécologique

Coelioscopie : triple intérêt :

1. 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
- ❑ Adhérences péri-tubaires, épanchement dans le Douglas,
- ❑ 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

2. Pronostique : évaluer le risque de la stérilité tubaire ultérieure par la détermination de la sévérité des lésions tubaires et pelviennes

3. 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

Coelioscopie : adhérence inter-hépatodiaphragmatique en corde de violon

Echographie hépatique : normal

IV. 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

V. Evolution et complications:

Bien traitée :

la salpingite évolue vers la guérison, en 48 heures, les douleurs disparaissent, la température baisse.

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 : Passage à la chronicité

en cas d'évolution silencieuse et de diagnostic tardif : infertilité par adhérences péri-tubo-ovariennes et lésions tubaires irréversibles, GEU, salpingite chronique, douleurs pelviennes chroniques,

VI. PRISE EN CHARGE

- Moyens

Traitement médical: ATB

Traitement chirurgical: coelioscopie

Mesures associées

- Indications

IGH non compliquée

IGH compliquée

- Prévention

A. MOYENS

1. Traitement médical:

Le retard thérapeutique lors d'une IGH est associé à une augmentation des risques de grossesse extra-utérine (GEU) et d'infertilité tubaire.

L'antibiothérapie permet d'obtenir 80 à 90 % de guérison .

Le traitement antibiotique est indiqué dès lors que le diagnostic clinique d'IGH est probable, après réalisation des prélèvements microbiologiques

Plusieurs protocoles thérapeutiques associant souvent une triple antibiothérapie

2. Traitement chirurgical

- 12 à 48 h après l'instauration de l'ABT pour limiter le risque de choc septique:

- COELIOSCOPIE OPERATOIRE

- Exploration pelvienne + toilette péritonéale

- Adhésiolyse

- Mise à plat et drainage des abcès
- Salpingéctomie , ovariectomie, annexectomie

- Radiologie interventionnel: drainage des abcès par ponction transvaginale

3. Mesures associées:

Anti inflammatoires/ antipyrétiques

Retrait systématique d'un DIU

Pilule œstro-progestatif

IST: traiter le partenaire et dépister autres IST chez le couple

Surveillance = observance / tolérance/ efficacité clinique et biologique

B. Indication:

1. A-IGH non compliquée:

ATB : triple associant: La ceftriaxone 1 g, 1 fois, IV ou IM + la doxycycline 100 mg x 2/j, IV ou PO, + métronidazole 500 mg x 2/j, IV ou PO, pendant 10 à 14 jours

Retrait de DIU si IGH sur DIU

2. B-IGH compliquée

Hospitalisation indispensable

ATB (protocole ceftriaxone +doxycycline + metronidazole en 1ère intention) par voie parentérale (jusqu'à amélioration clinique ,puis relais per os), pendant 21jours + mesures associées

Les ATO (abcès tubo-ovarien) de plus de 3 à 4 cm doivent être drainés par cœlioscopie

En présence de signes de gravité, une prise en charge chirurgicale des IGH compliquées doit être envisagée rapidement après instauration d'une antibiothérapie et mise en conditions adaptées .

C. PREVENTION ET DEPISTAGE Ils sont essentiels.

Information sur les IST, sur l'intérêt des préservatifs.

Dépistage et traitement précoces des infections génitales basses.

Respect des contre indications du stérilet et des règles de pose.

Asepsie des gestes endo utérins

Dépistage et traitement des partenaires.

Déclaration obligatoire si gonocoque

VII. CONCLUSION

IGH Souvent asymptomatiques = diagnostic difficile →traitement empirique au moindre doute

Recherche des facteurs de risque (IST/MEU)

Cervicites = porte d'entrée pour les IGH

IGH = risque de séquelles pelviennes