

## Les infections génitales hautes

### 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 IST
- Les signes cliniques sont plus souvent peu intenses et trompeurs

### II. Définitions :

- ❖ **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 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.

### III. FACTEURS DE RISQUE

- Age  $\leq$  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.

### IV. Diagnostic

#### 1. Clinique

#### 1. 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

## 2. 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

## 3. Autres symptômes:

- Métrorragies
- Signes urinaires
- Signes digestifs : vomissements, nausées, troubles du transit
- Syndrome rectal (ténesme, épreinte)
- Douleurs de l'hypocondre droit
- Dyspareunie.

## 2. L'EXAMEN CLINIQUE

- a) Palpation de l'abdomen : douleur hypogastrique avec défense limitée à la région hypogastrique, douleur de l'hypocondre droit
- b) Examen au speculum : leucorrhée typiquement purulente et nauséabonde, cervicite ou glaire cervicale louche ou purulente, parfois des métrorragies
- c) 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

### a) 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  $\beta$ -HCG : pour éliminer une GEU
- ❑ Examens bactériologiques (certitude)
- ❑ Hémoculture (si fièvre ou frissons)
- ❑ Prélèvement vaginal
- ❑ Prélèvement d'endocol : Recherche bactéries aérobies, anaérobies.

## b) ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

- Sa normalité n'élimine pas le diagnostic, utile pour les IGH compliquées
- Elimine une autres pathologies: GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire....

## c) IRM/TDM

- Coelioscopie : triple intérêt :

1. **Diagnostique** : elle permet de poser le diagnostic de certitude par la mise en évidence des lésions génitales et Identification du germe responsable

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

### Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

C'est une péri-hépatite due l'inflammation de la capsule de Glisson du foie, mimant un tableau clinique de cholécystite aigue : douleur de l'hypochondre droit + fièvre

**Coelioscopie** : adhérence inter-hépto-diaphragmatique en corde de violon

## V. 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 aigue, cholécystite aiguë, péritonites, infections urinaires basses

## VI. Evolution et complications:

### ✓ **Bien traitée** :

- guérison en 48 heures, les douleurs disparaissent, la température baisse.
- Le meilleur critère de la guérison de salpingite est une grossesse intra-utérine

### ✓ **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

### ✓ **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.

## VII. PRISE EN CHARGE

### A. MOYENS

### 1. Traitement médical:

- 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

- COELIOSCOPIE OPERATOIRE : 12 à 48 h après l'instauration de l'ABT
- Exploration pelvienne + toilette péritonéale
- Adhésiolyse
- Mise à plat et drainage des abcès
- Salpingéctomie , ovariectomie, annexectomie

### 3. Mesures associées:

- Anti inflammatoires/ antipyrétiques
- Retrait systématique d'un DIU
- 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 PO, + métronidazole 500 mg x 2/j PO, pendant 10 à 14 jr
- 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
- Les abcès tubo-ovarien de plus de 3 à 4 cm doivent être drainés par cœlioscopie

## C. PREVENTION ET DEPISTAGE :

- 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