

Infections génitales hautes

Plan

- I. Introduction
- II. Clinique
- III. Paraclinique
- IV. Complications
- V. Traitement

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
- Les IGH non compliquées peuvent être simples compatibles avec une prise en charge externe
- Les IGH compliquées par un abcès tubo-ovarien (ATO) ou une pelvipéritonite nécessitent une intervention.

II-Clinique :

▪ Facteurs de risque :

- ✓ IST
- ✓ Manœuvre endo-utérine
- ✓ Post-partum ou post abortum
- ✓ ATCD personnel de TBC pulmonaire ou familiaux de TBC

▪ Signes fonctionnels:

- ✓ Douleur pelvienne aigue spontanée
- ✓ Fièvre
- ✓ Leucorrhées
- ✓ Métrorragies minimes

▪ Examen clinique :

- ✓ Une douleur annexielle provoquée ou une douleur à la mobilisation utérine
- ✓ Objectiver les leucorrhées et les métrorragies et leurs caractères
- ✓ Défense ou contracture si abcès pelvien ou pelvi-péritonite

III-Paraclinique :

A-Biologie :

A1-Prélèvements bactériologiques :

- ✓ Prélèvement vaginal
- ✓ Prélèvement de l'endocol
- ✓ Recherches de chlamydia par PCR endocol ou urines
- ❖ Les germes en cause :
 - Chlamydia trachomatis : 40 à 60%
 - Entérobactéries E Coli 20 à 30 %
 - Streptocoque : 10 à 30%
 - Anaérobies

- Mycoplasme
- Staphylocoques

A2-Autres prélèvements :

- ✓ NFS à la recherche d'une hyperleucocytose
- ✓ CRP
- ✓ BhCG
- ✓ Sérologies : VIH, hépatites B et C , TPHA-VDRL
- ✓ Hémocultures
- ✓ ECBU
- ✓ IDR à la tuberculine si non Quantiféron

B-Radiologie :

B1-échographie pelvienne :

L'échographie pelvienne ne contribue pas au diagnostic positif des IGH non compliquées, car elle est peu sensible et peu spécifique

Cependant, elle est recommandée afin de rechercher des signes d'IGH compliquée (collection d'aspect polymorphe) ou un diagnostic différentiel

B2-TDM :

En cas de difficulté diagnostique, la tomодensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste est utile au diagnostic différentiel d'origine urinaire, digestive ou gynécologique

IV-Complications :

A-Immédiates :

- Métorragies de grande abondance si endométrite grave
- Abscesses annexiels
- Pelvipéritonite
- Mortalité maternelle par septicémie

B-Au long cours :

- Synéchies utérines
- Endométrite chronique
- Grossesse extra-utérine
- Infertilité surtout par obstruction tubaire

V-Traitement :

- ✓ 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

A-IGH non compliquée:

- ATB :La ceftriaxone 1 g, 1 fois, IV, associée à la doxycycline 100 mg x 2/j, IV ou PO, et au métronidazole 500 mg x 2/j, IV ou PO, avec un relais par la doxycycline et le métronidazole par voie orale, aux mêmes posologies, dès que possible pendant 10 jours au total
- Retrait de DIU si IGH sur DIU

B-IGH compliquée

- Les ATO (abcès tubo-ovarien) de plus de 3 à 4 cm doivent être drainés par ponction guidée par imagerie ou par coelioscopie
- Il est recommandé de ne pas retarder l'instauration de l'antibiothérapie et le drainage de l'ATO dès lors que le diagnostic est posé
- En présence de signes de gravité, une prise en charge chirurgicale des IGH compliquées doit être envisagée rapidement après instauration d'une antibiothérapie

probabiliste et mise en conditions adaptées . La chirurgie doit être réalisée de préférence par coelioscopie . Le drainage est préférable à l'exérèse .