

**ITEM N°88 : INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME. LEUCORRHEES.**

**OBJECTIFS TERMINAUX**

- I. Diagnostiquer une infection génitale de la femme**
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.**

**INTRODUCTION**

**INFECTION DE L'APPAREIL GENITAL BAS : VULVO-VAGINITE ET CERVICITE.**

- Formes asymptomatiques fréquentes (découverte systématique, lors d'une IST chez le partenaire)
- Germes le plus souvent en cause :
  - o cervicites : *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, fréquemment associées ;
  - o vulvo-vaginites : *T. vaginalis*, *C. albicans* ;
  - o vaginose bactérienne : *G. vaginalis* ;
- Rechercher systématiquement une complication (infection haute).

**L'INFECTION DE L'APPAREIL GENITAL HAUT : UTERUS (ENDOMETRITE), TROMPES (SALPINGITE), PERITOINE (PELVI-PERITONITE).**

- Salpingite : tableau le plus fréquent.
- Risque de complications : abcès, péritonite, septicémie ; et de séquelles : douleurs pelviennes chroniques, stérilité, grossesse extra-utérine.
- Touche essentiellement les femmes en âge de procréer.
- Facteurs favorisants : multiplicité des partenaires sexuels, stérilets et toute manoeuvre endo-utérine, faible niveau socio-économique.
- Présence fréquente de germes associés : ceux des IST, de la flore colique (BGN, surtout *E.coli*) et de la flore vaginale (streptocoques et anaérobies).

**Toute infection génitale, haute ou basse, impose le dépistage et le traitement du (des) partenaire(s) et un dépistage sérologique de syphilis, VIH et VHB.**

**I. DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE DE LA FEMME**

**1 DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE BASSE**

**1-1 L'infection est souvent peu symptomatique, révélée par une complication (infection haute).**

**Manifestations évocatrices :**

- leucorrhées ;
- prurit vulvaire ;
- oedème vulvaire ;
- brûlures vaginales ;
- dyspareunie ;
- dysurie – pollakiurie ;
- cystite à urines claires ;

**Pas de fièvre, sauf si complications (infection haute).**

**1-2 L'aspect de l'écoulement est parfois évocateur d'une étiologie précise :**

- jaunâtres et abondantes : *N. gonorrhoeae* ;
- sanguinolentes : *C. trachomatis* ;
- verdâtres, malodorantes : *T. vaginalis* ;
- blanchâtres, grumeleuses : *C. albicans* ;
- grisâtres, mousseuses, malodorantes : *G. vaginalis*.

**1.3. L'examen au spéculum : inflammation vaginale et de l'endocol.**

**1.4 Prélèvement microbiologique impératif à la recherche de pyogènes et de *C. trachomatis*.**

La sérologie *Chlamydia* n'a pas d'intérêt diagnostique.

## 2. DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GENITALE HAUTE

### 2-1. ARGUMENTS CLINIQUES

#### 2-1-1. SALPINGITE

- **Formes peu symptomatiques** fréquentes (fièvre modérée et douleurs pelviennes).
- **Signes plus évocateurs** quand associés aux précédents : métrorragies, leucorrhées, aspect inflammatoire de l'endocol à l'examen au spéculum, douleur et/ou masse latérale.
- Bilatérale dans > 50 % des cas.
- **Complications** : abcès tubaire, pelvi-péritonite, bactériémie .
- **Diagnostic différentiel** : pyélonéphrite , cholécystite aiguë, appendicite aiguë, grossesse extra-utérine, rupture de kyste ovarien.

#### 2-1-2. ENDOMETRITE

- Fièvre, souvent élevée, et douleur pelvienne spontanée, augmentée par la mobilisation utérine au TV.
- Ecoulement plus ou moins puriforme au niveau du col utérin

### 2-2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Hyperleucocytose et syndrome inflammatoire sont inconstants.
- Examens bactériologiques des éventuels écoulements purulents.
- Grattage d'endocol systématique à la recherche de *Chlamydia* (immunofluorescence directe).
- Si tableau bactériémique : hémocultures.
- Si abcès du cul-de-sac de Douglas : ponction par voie intravaginale (culdocentèse).
- Sérologie de *C. trachomatis* : interprétation difficile et diagnostic rétrospectif.
- Echographie pelvienne : doit être systématique.
- Coelioscopie à réserver aux incertitudes diagnostiques, aux suspicions de complications, ou en cas d'échec de l'antibiothérapie probabiliste.

## II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DE LA PATIENTE

### 1 CERVICITE/VAGINITE

#### 2-1. JUSTIFICATION

- *Chlamydia* est souvent présent, même en cas d'infection à une autre bactérie.
- Fréquence des associations gonocoque + *Chlamydia*.
- Toute cervico-vaginite nécessite un traitement initial actif sur les 2 bactéries.
- Traitement adapté selon les résultats des prélèvements bactériologiques

#### 2-2 CHOISIR UN ANTIBIOTIQUE (Cf. Chapitre 19, page 185 , T19-1, E. PILLY, 2006)

- Dans tous les cas, traiter les partenaires, après recherche d'un portage asymptomatique ou d'une infection

#### 2-3 SAVOIR PROPOSER UN SUIVI

##### 2-3-1. RECHERCHE D'UNE COMPLICATION

- Toujours rechercher une complication haute (endométrite, salpingite, pelvipéritonite).

##### 2-3-2. EN CAS D'IST

- Rechercher les possibles contacts contaminants afin de leur proposer un traitement systématique.
- Réaliser un bilan d'IST : sérologie syphilis, VIH, VHB.

## 2. INFECTION GENITALE HAUTE

### 2-1. TRAITEMENT

#### 2-1-1. Antibiothérapie probabiliste (Cf. Chapitre 45, Page 300, T45-1, E. PILLY, 2006) :

- Association impérative, justifiée par le polymicrobisme, active sur *C. trachomatis*.
- La durée d'au moins 15 jours.

- Ambulatoire et *per os* dans les formes sans gravité, en milieu hospitalier et IV dans les formes initialement graves, avec relais *per os* précoce (J 4-6).

### 2-1-2. Anti-inflammatoires

Intérêt n'est pas démontré.

### 2-1-3. Traitement oestroprogestatif

Objectif : bloquer l'ovulation pour éviter les phénomènes de dystrophies ovariennes secondaires.

### 2-1-4. Traitement chirurgical

Indiqué en cas de complications (pyosalpinx, abcès du Douglas, pelvi-péritonite).  
Cœlioscopie parfois suffisante (sauf péritonite franche).

## 2-2 PLANIFIER LE SUIVI DE LA PATIENTE

Disparition des signes cliniques en moins d'une semaine, dans les formes aiguës traitées.

### 2-2-1. Surveillance

- Signes cliniques : douleurs, fièvre, ± touchers pelviens, à la recherche de complications.
- Eventuellement échographie de contrôle.

### 2-2-2. Informer sur le risque de séquelles

- Stérilité liée à l'atteinte tubaire bilatérale, imprévisible et sans lien avec la gravité du tableau initial.
- Grossesse extra-utérine : risque majoré.
- Douleurs pelviennes chroniques : principale séquelle.

### 2-2-3. En cas d'IST

- Rechercher le(s) partenaire(s) afin de proposer un traitement systématique.
- Bilan complémentaire d'IST indispensable : sérologies syphilis, VIH, VHB.

## Item 88 DOSSIER CLINIQUE 1

Olympe PILLY, 32 ans, consulte pour douleurs « du bas ventre ».

### Antécédents :

- Monitrice de ski, célibataire, sans enfant.
- Appendicectomie à l'âge de 8 ans
- IVG 4 mois auparavant
- Dispositif intra-utérin depuis deux mois.
- Dernière règles 20 jours auparavant.

### Histoire de la maladie :

- Les douleurs pelviennes sont apparues il y a 5 jours.
- Elle présente une fièvre à 38°C.
- Elle ne mentionne pas de leucorrhées, ni d'épisode infectieux préalable.
- Il n'y a pas de troubles du transit, ni de signes urinaires
- Son compagnon est asymptomatique, en bonne santé.
- Elle vous signale un rapport sexuel non protégé, avec un partenaire de rencontre, dont elle ne sait rien, il y a 2 semaines.

### Examen :

- Revêtement cutanéomuqueux normal.
- Auscultation cardio-pulmonaire : normale
- Palpation abdominale : pas d'organomégalie, pas de douleur, en particulier des fosses iliaques.
- Pas d'adénopathie superficielle palpable

- Examen gynécologique :
  - o seins : RAS
  - o organes génitaux externes : pas d'inflammation, ni d'ulcération. Pas d'écoulement ;
  - o examen au spéculum : confirme l'absence de leucorrhées. Col normal ;
  - o le toucher vaginal réveille une douleur lors de la mobilisation des annexes, bilatérale. L'utérus n'est pas douloureux à la mobilisation ;
  - o absence de douleur au cul de sac de Douglas, lors du toucher rectal.

**Vous évoquez le diagnostic de salpingite aiguë.**

**1. Quels sont les arguments en faveur de cette hypothèse diagnostique ?**

**2 Quels examens paracliniques demandez-vous afin d'étayer le diagnostic, et précisez en la pertinence ?**

**3. Vous confirmez une salpingite aiguë non compliquée. Quel traitement proposez-vous ? Argumentez vos choix.**

**4. Comment organisez-vous la surveillance de l'évolution de cette salpingite, et quelles autres mesures mettez vous en oeuvre ?**

<b>POUR EN SAVOIR PLUS</b>
----------------------------

**E. PILLY 2004**

**Chapitre 19, p. 184-186,  
Chapitre 44, p. 296-297,  
Chapitre 45 p. 298-300.**