

Infections Génitales Hautes (IGH)

Renaud Verdon

Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU de CAEN

SPIILF: Bernard Castan, Charles Cazanave, Karine Faure

CNGOF: Jean-Luc Brun, Amélie Charvériat, Xavier Fritel, Olivier Graesslin,
Stéphanie Mignot

Liens d'intérêt avec le thème de la présentation (loi 4/03/2002)

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique: **non**
- Conférencier ou auteur / rédacteur rémunéré d'articles ou documents: **non**
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations: **non**
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique: **non**

Points abordés

- **Diagnostic clinique et paraclinique**
 - Clinique
 - Imagerie
 - Microbiologique
- **Traitement des IGH non compliquées et compliquées**
- **Endométrites du post-partum**
- **Antibioprophylaxie et prévention**
- **Conseils après IGH**

Points abordés dans les RPC IGH – CNGOF-SPILF

- **Diagnostic clinique et paraclinique**
 - Clinique
 - Imagerie
 - **Microbiologique**
- **Traitement des IGH non compliquées et compliquées**
- **Endométrites du post-partum**
- **Antibioprophylaxie et prévention**
- **Conseils après IGH**

Texte court et textes longs
Gynécol Obst Fertil Sen 2019; 47
à paraître dans MMI

RAPPEL / ELEMENTS DE DISCUSSION

Diagnostic- Classification des IGH

- Douleur pelvienne spontanée
- et
- Douleur annexielle ou à la mobilisation utérine

➔ Echographie: rechercher une collection associée

Diagnostic- Classification des IGH

- Douleur pelvienne spontanée
- et
- Douleur annexielle ou à la mobilisation utérine



Echographie: rechercher une collection associée

IGH non compliquées (IGH nc)

endométrite
salpingite

IGH compliquées (IGH c)

pyosalpynx
abcès tubo-ovarien
pelvipéritonite

Éléments de discussion: microbiologie (1)

- *C. trachomatis* (CT), *N. gonorrhoeae* (NG), *M. genitalium* (MG)
- Bactéries aéro-anaérobies flore vaginale,
 - streptocoques, staphylocoques, entérocoques
 - entérobactéries et autres BGN (*H. influenzae*, *Moraxella spp*, *P. aeruginosa*,...)
- Anaérobies stricts flore vaginale / dysbiose vaginale
 - *Bacteroides spp*, *Prevotella spp*, *Fusobacterium spp*,
 - dysbiose vaginale: *G. vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp*, *Sneathia spp*,...

Eléments de discussion: microbiologie (2)

- **Prévalence des agents infectieux dans les IGH**
 - données anciennes, grande variabilité
 - CT et/ou NG (15 à 40 %), MG (<10%), autres individuellement (< 10 %);
 - polymicrobisme fréquent (20 -40%)
- **Rôle pathogène des anaérobies discuté dans IGH nc :**
 - avons opté pour traiter les anaérobies tant que leur non prise en compte dans le traitement n'a pas été prouvée sans risque
- **Epidémiologie microbienne/ résistance IGH en France : inconnue**

Élément de discussion: traitement (1)

doxycycline

doxycycline + métronidazole PO 14 j

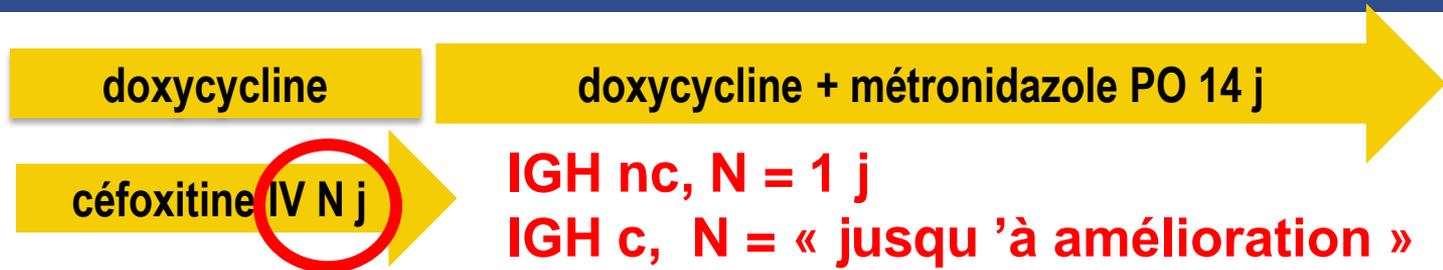
céfoxitine IV N j

entérobactéries
autres BGN
streptocoques
anaérobies
N. gonorrhoeae
C. trachomatis

+
+
+
+
+
+

-
-
+/-
+
+/-
+

Élément de discussion: traitement (1)



entérobactéries	+	
autres BGN	+	-
streptocoques	+	+/-
anaérobies	+	+
<i>N. gonorrhoeae</i>	+	+/-
<i>C. trachomatis</i>	+	+

Durée de traitement par bactérie ?

Éléments de discussion: traitement (2)

- **Etudes nombreuses avec céphamycines ; ceftriaxone ?**
 - référence contre *N. gonorrhoeae*
 - adjonction du métronidazole
- **Plusieurs schémas thérapeutiques avec posologies / modalités administration inhabituelles (ex: clindamycine 2700 mg/j, aminosides x3 /j..):**
 - => homogénéisation aux AMM et pratiques françaises
- **Durées tt: 14 j dans IGH nc, 21 j dans IGH c ; aucune étude comparant des durées de traitement: => ↘ durées ?**
- **Fluoroquinolones (1^{er} choix en 2012) : => quelle place ?**

RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES

Prélèvements microbiologiques: IGH nc

- Prélèvement endocol (spéculum)
- 1 à 3 écouvillons en milieu de transport adaptés aux pratiques du labo receveur:
 - Étalement sur lame et ED
 - Culture bactérienne (aérobie, CO₂, anaérobiose)
 - Tests amplification acides nucléiques (CT, NG +/-MG)

NG => TAAN et culture pour ABG

Prélèvements microbiologiques: IGH c

- **Prélèvement endocol (spéculum) identiques à IGH nc**
- Et**
- **Prélèvement radioguidé ou chirurgical:**
 - Culture bactérienne (aérobie, CO₂, anaérobiose) et milieux d'enrichissement
 - Cultures mycoplasmes urogénitaux (UU et MH)
 - Tests amplification acides nucléiques (CT, NG +/-MG)

RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES

Initiation du traitement antibiotique

- Mise en œuvre du traitement dès le diagnostic (impact pronostique)
- En externe
- Critères d'hospitalisation en cas d'IGH non compliquée
 - Incertitude diagnostique / Doute sur forme compliquée
 - Sévérité des symptômes
 - Troubles digestifs => difficulté de prise orale du traitement
 - Situation psychologique ou sociale faisant craindre une inobservance
 - Grossesse
 - Echec d'un traitement oral d'IGH

IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologie	Voie	Durée
Externe 1ère intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
Externe alternatives				

IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologie	Voie	Durée
Externe 1ère intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
Externe alternatives	Ofloxacin	200 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Lévofloxacin	500 mg x 1/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Moxifloxacin	400 mg x 1/j	PO	10 j
+/- Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois	

IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologie	Voie	Durée
Externe 1ère intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
Externe alternatives	Ofloxacine	200 mg x 2/i	PO	10 j
	Métronidazole +/- Ceftriaxone			
	Lévofloxacine			
	Métronidazole +/- Ceftriaxone			
	Moxifloxacine +/- Ceftriaxone	400 mg x 1/j 1 g	PO IM	10 j 1 fois

FDR IST : <25 ans / ≥ 2 part. ds année / nouveau part. récent / atcd IST / part. avec IST.

HAS Dépistage C. trachomatis 2018

IGH compliquées

- **Hospitalisation**
- **Draînage (radioguidé ou chirurgical)**
 - ATO: drainage si > 3-4 cm
- **2 phases d'antibiothérapie:**
 - « Induction » puis « Relais oral »

IGH compliquées: induction

	Antibiotiques	Posologie	Voie
Induction en hospitalisation 1ère intention	Ceftriaxone	1 à 2 g /j	IV
	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO
	Métronidazole	500 mg x 3/j	IV,PO
Induction en hospitalisation Alternatives			

+/- aminoside en cas de sepsis

IGH compliquées: induction

	Antibiotiques	Posologie	Voie
Induction en hospitalisation 1ère intention	Ceftriaxone	1 à 2 g /j	IV
	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO
	Métronidazole	500 mg x 3/j	IV,PO
Induction en hospitalisation	Céfoxitine	2 g x 4 /j	IV
	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO
Alternatives	Clindamycine	600 mg x 4 /j	IV
	Gentamicine	5 mg/kg x 1/j	IV

+/- aminoside en cas de sepsis

IGH compliquées: relais oral

Si amélioration franche avec 24 h de recul / durée totale 14 j

	Antibiotiques	Posologie	Voie
Relais oral	Doxycycline	100 mg x 2 /j	PO
	Métronidazole	500 mg x 3 /j	PO
	Clindamycine	600 mg x 3 /j	PO
	Ofloxacine	200 mg x 3 /j	PO
	Métronidazole	500 mg x 3 /j	PO
	Lévofoxacine	500 mg x 1 /j	PO
	Métronidazole	500 mg x 3 /j	PO
	Moxifloxacine	400 mg x 1 /j	PO

Ré-évaluation de l'antibiothérapie

- Entre J3 et J5 : tolérance, observance, adaptation
- Si gonocoque, récupérer antibiogramme et vérifier efficacité du schéma thérapeutique
- Si M. genitalium, adaptation du schéma thérapeutique
- Pour tout prélèvement radioguidé ou chirurgical (IGH c), la mise en évidence d'une bactérie non couverte par l'antibiothérapie nécessite une adaptation

CONCLUSIONS

Nouveautés

- diagnostic microbiologique
- 1^{ère} ligne IGH nc et IGH c:
 - ceftriaxone + doxycycline + métronidazole
- fluoroquinolones en 2^{nde} intention (IGH nc), 3^{ème} intention (IGH c)
- posologies ou modalités d'utilisation adaptées aux AMM / recommandations françaises
- réduction de la durée de traitement à 10 j dans les IGH nc, 14 j IGH c
- ré-évaluation J3-J5

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

