



**CNGOF 2012**

**Les infections génitales hautes**

**H Marret**

**Tours 2013**

Collège de Gynécologie CVL

# 2012

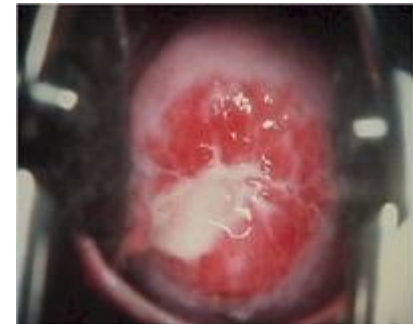
- P. JUDLIN, président (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy),
- O. GRAESSLIN, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Reims),
- A. FAUCONNIER, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy),
- J.P. PELAGE (radiologue, CHU, Caen), R. VERDON (infectiologue, CHU, Caen), J.L. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux),
- M. SCHEFFLER (gynécologue médicale secteur privé, Nancy)
- ***Experts du groupe de travail***
- A. AGOSTINI (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), A. BOURRET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), E. DERNIAUX (gynécologue obstétricien, CHU, Reims), O. GARBIN (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), C. HUCHON (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy),
- C. LAMY (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy), R. QUENTIN (bactériologie, CHU, Tour



- **Critères majeurs proposés (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH)**
  - Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autres pathologies)
- et :
- douleur annexielle provoquée
  - et/ou douleur à la mobilisation utérine

# Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'une IGH)

- Interrogatoire : **contexte**
- — antécédent d'IST
- — contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente
- — métrorragies
- — syndrome rectal (ténesme, épreinte)
- Examen clinique :
- — **T > 38 °C**
- — **leucorrhées purulentes**
- Examens complémentaires :
- — **élévation de la CRP**
- — présence de *Chlamydia trachomatis*, gonocoque ou *Mycoplasma genitalium* à l'examen bactériologique
- — histologie :
- • endométrite à la biopsie endométriale
- • salpingite à la biopsie fimbriale
- — **présence de signes échographiques** spécifiques :
- • **épaississement pariétal tubaire > 5 mm**
- • OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets)
- • OU masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec de fins échos
- Absence d'autres pathologies (GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire, pathologie fonctionnelle...)



# Bilan nécessaire

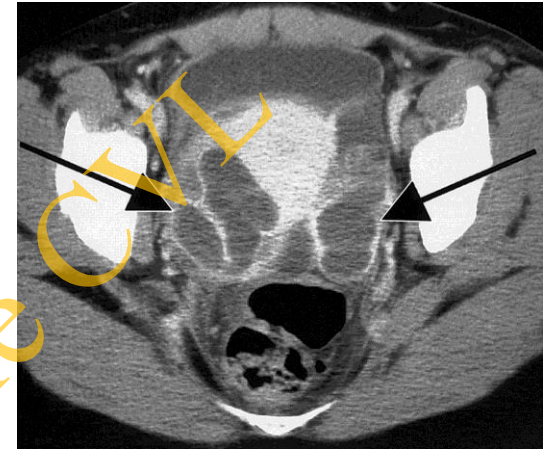
- Il faut réaliser une **NFS** avec dosage de la **CRP** (grade B) mais
- l'absence d'anomalies n'exclut pas le diagnostic d'IGH
- non compliquée.

Il faut systématiquement réaliser une **échographie pelvienne**

- elle permet d'évoquer le diagnostic (signes spécifiques),
- d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie (grade B).



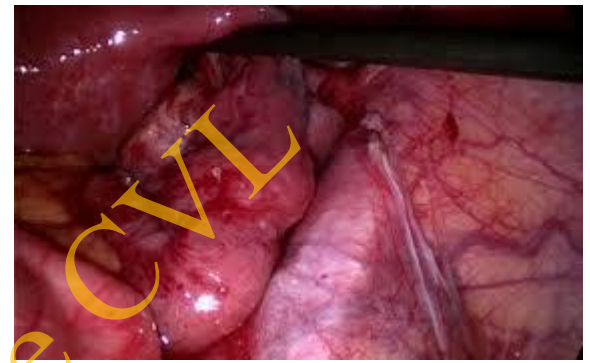
# Si doute



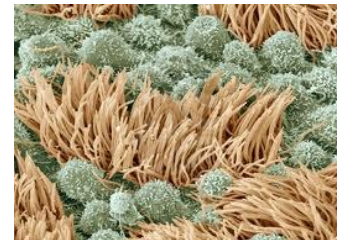
- **biopsie d'endomètre**
- doit être réalisée car cet examen histologique a de bonnes sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'IGH (grade B).
- **un scanner (TDM)** abdominopelvien car il permet de préciser
- les anomalies et de faire certains diagnostics différentiels (grade C).
- L'IRM peut être discutée en seconde intention (grade C).



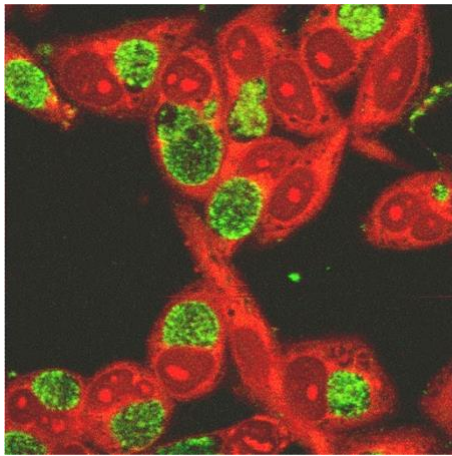
# Bilan



- En cas d'IGH non compliquée, la **coelioscopie** diagnostique n'est pas recommandée en première intention (grade B)
- un **prélèvement vaginal** et un **endocol** avec examen direct pour la recherche de leucocytes altérés (comptage) et d'autres anomalies (trichomonase, vaginose) et pour la réalisation de tests moléculaires pour recherche de *Chlamydiae trachomatis*, et *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*)



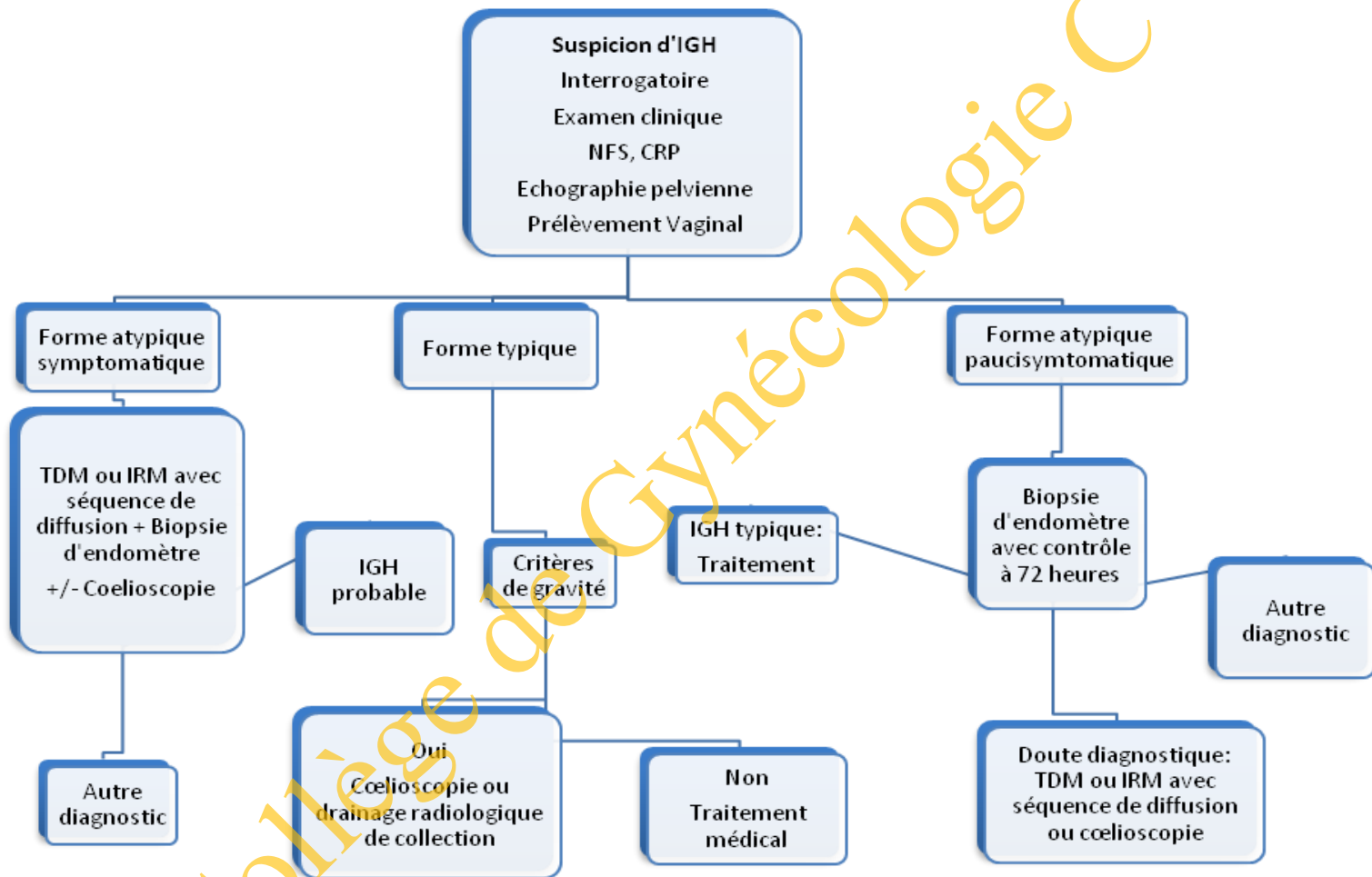




- La sérologie *Chlamydia trachomatis* n'a pas d'intérêt pour le diagnostic d'une IGH en phase aiguë (grade B) ni pour la surveillance de l'évolution de la maladie (NP2).
- En cas d'IGH liée à une IST (infection sexuellement transmissible), un bilan sérologique complémentaire à la recherche d'autres IST doit être réalisé (grade C).



Colège de Gynécologie CVL



# Traitement



- En cas de suspicion d'IGH, une antibiothérapie Probabiliste doit être mise en place précocement sans attendre les résultats bactériologiques de façon à préserver au mieux la fertilité (grade B).
- En cas d'IGH non compliquée, le traitement en hospitalisation et/ou par voie intraveineuse n'offre aucun avantage par rapport au traitement en externe (NP1) et ne modifie pas le pronostic ultérieur de ces patientes (NP2). Dans ce cadre, l'utilisation de la voie orale (et/ou IM) en externe, lorsqu'elle est possible, est recommandée (grade B).
- ofloxacin 400 mgx 2/j
- + métronidazole 500 mg x 2/j pendant 14 jours
- Une recherche de gonocoque doit être systématique (grade B).
- Une injection IM complémentaire de ceftriaxone 500 mg si gono +

# Surveillance

- Les patientes doivent être revues dans un délai bref (**3 à 5 jours**) afin de s'assurer de l'observance, de l'efficacité clinique et microbiologique, ainsi que de la bonne tolérance du traitement (grade C).
- Les mêmes protocoles de traitement sont à utiliser chez les patientes infectées par le VIH (grade B).
- En cas d'IGH survenant sur DIU, il est recommandé de **retirer le DIU** et de l'analyser en bactériologie (grade B).

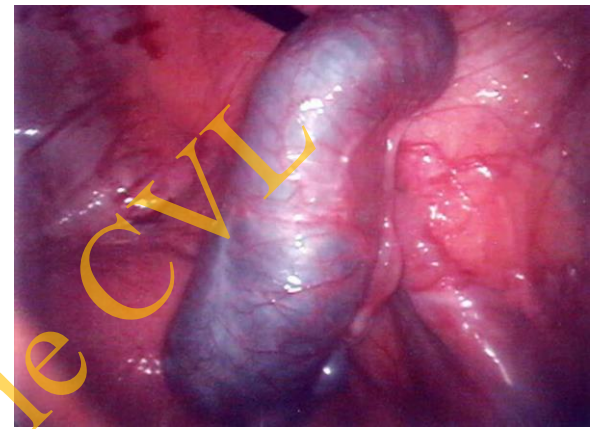


# Partenaire



- En cas d'IGH liée à une IST, il faut recommander un dépistage des autres IST chez le partenaire et lui proposer systématiquement un traitement en fonction du germe en cause (azithromycine pour *C. trachomatis*, ceftriaxone pour *N. gonorrhoeae*) (grade B).

# Abcès



- Les IGH compliquées avec
- abcès tubo-ovariens (ATO)
- ne relèvent pas d'une antibiothérapie seule et doivent être drainées (grade B)
- par radiologie interventionnelle (grade B) sous écho ou scanner ou par coelioscopie (grade C).
- En cas de collection > 3 cm, un **drainage** doit être réalisé (grade B) car le taux d'échec est supérieur en l'absence de drainage (NP2) et car il existe des risques de complications graves (NP2). Pas d'ablation .
- La **ponction par voie transvaginale** est à préférer au drainage chirurgical (grade C) coelioscopique

# Traitement

- **Première intention**
- Ceftriaxone 1 à 2 g x 1/j IV 14-21 j
- + Métronidazole \*\*\*\* 500 mg x 3/j IV
- + Doxycycline \*\*\*\* 100 mg x 2/j IV
  
- **Alternatives \*\***
- Ofloxacine \*\*\*\* 400 mg x 2/j IV 14-21 j
- + Métronidazole 500 mg x 3/j IV
  
- Ou Céfoxitine 1 à 2 g x 3/j IV 14- 21 j
- + Doxycycline 100 mg x 2/j IV
  
- \* En cas de choc septique, sepsis grave, immunodépression, la gentamicine peut être ajoutée 3 à 8 mg/kg/j
- en 1 injection IV, sans dépasser 5 jours.

# Suivi

- Une réévaluation de l'antibiothérapie est indispensable à **72 h** en fonction de la clinique et des résultats des examens microbiologiques. En cas de désescalade dans le spectre antibiotique, il est conseillé de conserver pendant tout le traitement une action anti-anaérobie et contre *C. trachomatis*.
- \*\*\*\* L'ofloxacine, le métronidazole et la doxycycline ayant une bonne biodisponibilité orale, il est possible de les administrer **per os** dès que l'apyrexie et l'amélioration clinique sont obtenues et en l'absence de troubles digestifs.



# A distance

- Pas d'écho de contrôle sauf si ponction ou si symptômes persistants
- pas de hystérosalpingographie sauf si infertilité secondaire
- pas d'hystérocopie
- pas de coelioscopie sauf si infertilité ou douleur pelvienne chronique persistante
- Contraception orale et préservatif conseillé pour éviter la récurrence
- Pas de CI au DIU si pas de séquelle ou si a eu grossesse et échographie précoce si grossesse (GEU)