

RPC (mise à jour 2018) Les infections génitales hautes

COMITE D'ORGANISATION

J.L. BRUN (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux),

B. CASTAN (coordonnateur, infectiologue, CHG, Ajaccio),

X. FRITEL (méthodologiste, gynécologue-obstétricien, CHU, Poitiers)

O. GRAESSLIN (président, gynécologue-obstétricien, CHU, Reims),

EXPERTS

B. DE BARBEYRAC (microbiologiste, CHU, Bordeaux), C. CAZANAVE (infectiologue, CHU, Bordeaux), A. CHARVÉRIAT (gynécologue-obstétricien, CHU, Poitiers), K. FAURE

(infectiologue, CHU, Lille), S. MIGNOT (médecin généraliste, Poitiers),

R. VERDON (infectiologue, CHU, Caen)

Pourquoi de nouvelles recommandations?

Recommandations pour la pratique clinique

Les infections génitales hautes *Pelvic inflammatory diseases*

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

36^{ES} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2012

International Journal of Gynecology and Obstetrics 134 (2016) 121–125

Contents lists available at ScienceDirect

 International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

REVIEW ARTICLE

Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease 

Jean-Luc Brun ^{a,*}, Olivier Graesslin ^b, Arnaud Fauconnier ^c, Renaud Verdon ^d, Aubert Agostini ^e, Antoine Bourret ^f, Emilie Derniaux ^b, Olivier Garbin ^g, Cyrille Huchon ^c, Catherine Lamy ^h, Roland Quentin ⁱ, Philippe Judlin ^h, on behalf of the Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français:

Pourquoi de nouvelles recommandations?

Prélèvements lors des Infections génitales hautes (Salpingites) – schéma récapitulatif

❖ PRÉLÈVEMENTS VAGINAUX sans speculum (= auto-prélèvement vaginal) (2 écouvillons) :

➤ Un écouvillon fortement chargé des sécrétions vaginales (et étalé sur lame) : Examen direct pour cytologie et diagnostic de vaginose, mycose et infection à *T. vaginalis*.

➤ Un écouvillon pour TAAN à l'aide d'un « kil » qui comporte un écouvillon et un milieu de transport fournis par le laboratoire : Recherche de gonocoque, *C. trachomatis* et *M. genitalium* par les TAAN

❖ SI RÉALISABLES, PRÉLÈVEMENTS ENDO-UTÉRINS après antiseptie de l'exocol +++ (stérilet, biopsie d'endomètre, produits de curetage, produits d'aspiration, pus d'évacuation de pyométrie...):

➤ Recherche par cultures incubées 5 jours des bactéries aérobies, anaérobies et capnophiles : idem endocol + milieux liquides (Schaedler, BHI ...) incubés 10 jours pour les pus et biopsies.

➤ Recherche par cultures (solides et liquides) de *M. hominis* et *U. urealyticum*

➤ TAAN gonocoque, *C. trachomatis* et *M. genitalium*

❖ PRÉLÈVEMENTS D'ENDOCOL après antiseptie de l'exocol (2 écouvillons ou un seul écouvillon fortement chargé dans un milieu UTM)

➤ un écouvillon mis dans un milieu de transport pour cultures incubées 5 jours :

- Recherche de gonocoque sur géloses « chocolat » avec et sans inhibiteur incubées sous CO₂

+ Recherche des bactéries aérobies, anaérobies et capnophiles sur, au minimum, une gélose « chocolat » enrichie incubée sous CO₂, une gélose trypticase soja additionnée de 5% de sang de cheval incubée en aérobiose et une gélose Columbia additionnée de 5% de sang de mouton, incubée en anaérobiose. Des milieux sélectifs ou inhibiteurs peuvent être ajoutés selon les procédures propres à chaque laboratoire.

➤ un écouvillon pour TAAN à l'aide de l'écouvillon fourni dans les « kits » : Recherche de gonocoque, *C. trachomatis* et *M. genitalium* par les TAAN

❖ SI CŒLIOSCOPIE OU LAPAROTOMIE, PRÉLÈVEMENTS TUBO ET PELVI-PÉRITONÉAUX (biopsies, brosse cytologique, liquides, pus) : TAAN et cultures idem prélèvements endométriaux

Pourquoi de nouvelles recommandations?

Tableau 2 - Protocoles d'antibiothérapie des IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées
Traitement proposé en première intention	<u>Ofloxacine</u>	400 mg x 2/jour per os	14 jours
	+ <u>Métronidazole</u> +/- <u>Ceftriaxone</u>	500 mg x 2/jour per os (500 mg, 1 injection IM unique)	14 jours

Bourret A et al, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012;41:864-74.

6. Cas des infections hautes de la femme

L'antibiothérapie probabiliste cible à la fois les agents infectieux responsables d'IST (gonocoque, *Chlamydia*), les entérobactéries et les bactéries anaérobies : association doxycycline – métronidazole pendant 14 jours, plus ceftriaxone une dose unique IM ou IV.

Un traitement chirurgical est indiqué si complication : pyosalpinx, abcès du Douglas, pelvi-péritonite.



Pourquoi de nouvelles recommandations?



Gynécologues

Généralistes

Urgentistes

Réanimateurs

Les infections génitales hautes (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française

Infectiologues

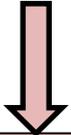
Internistes

Radiologues

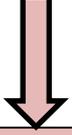
Biologistes

Introduction

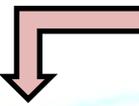
IGH
Endométrites, salpingites, collections, pelvi-péritonites



IGH
Non compliquées



IGH
Compliquées



IGH
Simples



IGH
Intermédiaires



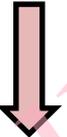
Collections



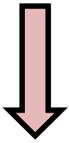
Sans signes
de gravité



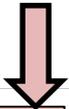
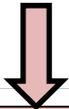
Avec signes
de gravité



Prise en charge
externe



Hospitalisation



Intervention

Critères diagnostiques

- **Critères majeurs**

- Douleur pelvienne spontanée

ET

- Douleur annexielle provoquée

ET/OU **Sn=96%, Sp=74%**

- Douleur à la mobilisation utérine

En l'absence d'autres pathologies

L'absence de ces critères tend à éliminer une IGH

	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
<i>Interrogatoire</i>		
Douleur pelvienne évoluant > 4 jours	76–80	54
Règles irrégulières	36–50	57–82
Fièvre, frissons	34–41	75–80
Antécédent d'infection sexuellement transmissible	25–40	82
Dispositif intra-utérin	13–36	67–88
Signes fonctionnels urinaires	19–35	64–83
Syndrome rectal	7	97
<i>Examen clinique</i>		
Leucorrhées	63–75	24–75
Leucorrhées purulentes	26–81	42–83
Masse palpable	24–52	70–79
Fièvre > 38 °C	33–47	64–91

Interrogatoire

- Facteurs de risque d'IGH
 - IST → facteurs de risque
 - Manœuvres endo-utérines
 - Post-abortum
 - Post-partum
- Facteurs de risque d'IST
 - Âge ≤ 25 ans
 - Antécédents d'IST
 - Nombre de partenaires ≥ 2 dans l'année
 - Changement de partenaire récent
 - Partenaire diagnostiqué avec une IST

Examen clinique

NP 2

Une **douleur annexielle provoquée** ou une **douleur à la mobilisation utérine** sont les signes cliniques permettant le **diagnostic positif d'IGH**.

NP 2

Les signes associés (fièvre, leucorrhées, métrorragies) **renforcent** le diagnostic clinique.

Grade B

Chez une femme consultant pour des symptômes compatibles avec une IGH, un **examen gynécologique** est recommandé à la recherche d'une douleur annexielle et d'une douleur à la mobilisation utérine.

Biologie

- Hyperleucocytose : prédictive d'abcès tubo-ovarien (ATO)

Reljic M, Int J Gynaecol Obstet. 1998 - Judlin PG, Gynecol Obstet Fertil. 2009

- Taux de CRP : Sn = 72% ; Sp = 63% dans les IGH compliquées

Kim HY, J Obstet Gynaecol Res. 2015 - Demirtas O, Arch Gynecol Obstet. 2013

NP 3 Une **hyperleucocytose associée à une protéine C- réactive (CRP) élevée** doit faire évoquer une **forme compliquée** ou un **diagnostic différentiel** comme l'appendicite aiguë.

NP 1 L'absence d'hyperleucocytose ou une CRP normale ne permettent pas d'éliminer le diagnostic d'IGH.

Grade C Lorsqu'une IGH est suspectée, un bilan sanguin comportant une **numération formule sanguine (NFS)** et un dosage de la **CRP** est conseillé.

Microbiologie

IGH non compliquée



Prélèvements non chirurgicaux
avec pose de speculum



Prélèvement endocervical *

1 à 3 écouvillons dans leurs milieux de transport adaptés
aux pratiques du laboratoire receveur permettant :

- Examen direct
- Culture standard (NG, bactéries aérobies, anaérobies)
- TAAN (CT, NG, +/- MG)

Microbiologie

Prélèvements non chirurgicaux
avec pose de speculum

IGH compliquée

Prélèvements chirurgicaux ou radioguidés

Prélèvement sous coelioscopie ou
ponction de collection sous imagerie

- Culture standard (NG, bactéries aérobies, anaérobies) + culture sur milieux d'enrichissement
- Culture mycoplasmes urogénitaux (MH, UU)
- TAAN (CT, NG, +/- MG)

Echographie

- Amélioration du diagnostic lorsque l'examen clinique est couplé à l'échographie pelvienne

Toret-Labeeuw F, World J Emerg Surg. 2013

- Images peu spécifiques des IGH

Romosan G, Arch Gynecol Obstet. 2014 - Kinay T, Int J Gynaecol Obstet. 2016

- Doppler : peu concluant

Kinay T, Int J Gynaecol Obstet. 2016



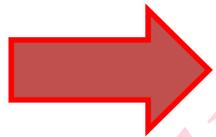
Echographie

NP 3

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

Grade C

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



L'attente de la réalisation de l'échographie **ne doit pas retarder** la mise en place de l'antibiothérapie.

Coéloscopie diagnostique

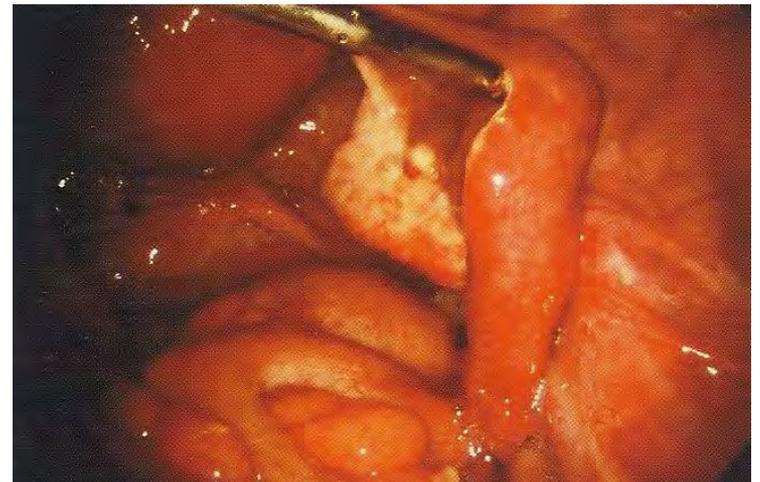
- Ne détecte pas une endométrite ou une salpingite non macroscopiquement visible.
- Mortalité, morbidité
- Sn = 27% et Sp = 92%

Chapron C, Hum Reprod. 1998

Molander P, Obstet Gynecol. 2003

Grade B

La réalisation d'une coéloscopie n'est pas recommandée dans le seul but de faire le diagnostic positif d'IGH.



Bases microbiologiques du choix antibiotique

Bactéries	Antibiotiques
C. trachomatis (8-12 %)	Doxycycline Fluoroquinolone Clindamycine
N. gonorrhoeae (6-11 %)	Ceftriaxone (Fluoroquinolone)
M. genitalium (? %)	Moxifloxacin Azithromycine
M. hominis (Prlvt profond ? %)	Doxycycline Fluoroquinolone
Entérobactéries (16-20% IGHnc; 60% IGHc)	Ceftriaxone Cefoxitine
Anaérobies (? %)	Métronidazole (Cefoxitine) (Clindamycine)

Initiation du traitement

- Le retard thérapeutique lors d'une IGH est associé à une augmentation des risques de GEU et d'infertilité tubaire.

NP 3

Hillis SD, Am J Obst Gynecol 1993

- L'antibiothérapie permet d'obtenir 80 à 90 % de guérison et diminue le risque de séquelles.

NP 1

Ness RB Obstet Gynecol 2005; Ness RB Am J Obstet Gynecol 2002

- Le traitement antibiotique est indiqué dès lors que le diagnostic clinique d'IGH est probable, après réalisation des prélèvements microbiologiques.

Grade A

Verdon R et al. Gynecol Obstet Fertil Senol 2019;47:418-30.

Initiation du traitement

- Pas de bénéfice à effectuer le traitement en hospitalisation dans les IGH non compliquées

NP 1

Ness RB Obstet Gynecol 2005; Ness RB Am J Obstet Gynecol 2002

- 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

Grade A

Traitement des IGH non compliquées *simples*

	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/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Lévofoxacine	500 mg x 1/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Moxifloxacine	400 mg x 1/j	PO	10 j
	+/- Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois

Traitement des IGH non compliquées *intermédiaires*

	Antibiotiques	Posologie	Voie	Durée
Hospitalisation 1ère intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	IV,PO	10 j
Hospitalisation alternatives	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO	
	Céfoxitine	2 g x 4 /j	IV	
	puis relais:			
	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	Clindamycine	600 mg x 3/j	IV	
Gentamicine	5 mg/kg x 1/j	IV	≤ 3 j	
puis relais:				
Clindamycine	600 mg x 3/j	PO	PO	

Suivi de l'antibiothérapie

- Les patientes traitées en externe doivent être revues **Grade C**
entre 3 et 5 jours après la prise en charge initiale, afin de vérifier l'évolution clinique, la tolérance, l'observance du traitement et les résultats microbiologiques.
- La présence de NG ou MG nécessite de vérifier la **cohérence** du schéma antibiotique initial.
- En cas d'évolution clinique **défavorable**, l'antibiothérapie doit être adaptée aux résultats microbiologiques.

Traitement des IGH compliquées

- En l'absence de signe de gravité, le taux d'échec du traitement des **ATO de plus de 3 à 4 cm** est augmenté s'ils ne sont pas drainés et des complications graves peuvent survenir (**NP 2**).
- Les ATO de plus de 3 à 4 cm doivent être **drainés (grade B)** par ponction guidée par imagerie (**grade B**) ou par coelioscopie (**grade C**).
- 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 (**grade B**).



Chirurgie des IGH compliquées

- Le drainage par **ponction par voie transvaginale** est à préférer au drainage coelioscopique (**grade C**) car la ponction a une très bonne faisabilité, peut se faire d'emblée (**grade B**) sous simple sédation et être éventuellement répétée (**grade C**).
- 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 adaptée (**grade B**).
- La **chirurgie** doit être réalisée de préférence par **coelioscopie (grade C)**. Le **drainage** est préférable à l'exérèse (**grade C**).

Antibiothérapie des IGH compliquées

	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	Céfoxitine	2 g x 4/j	IV
	Doxycycline	100 mg x 2/j	IV,PO
	Clindamycine	600 mg x 4/j	IV
	Gentamicine	5 mg/kg x 1/j	IV
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 2/j	PO
	Moxifloxacine	400 mg x 1/j	PO

Antibiothérapie des IGH compliquées

	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

Relais oral: après 24 h d'amélioration franche
Durée totale de traitement = 14 jours,
jusqu'à 21 jours au cas par cas

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 2/j	PO
	Moxifloxacine	400 mg x 1/j	PO

Endométrites du post-partum

- Signes d'appel NP 2
 - Douleurs abdomino-pelviennes
 - Fièvre
 - Lochies fétides
- Diagnostic clinique NP 2
 - **Douleur** utérine provoquée
 - **Température** $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Echo
 - Difficultés d'interprétation des images endoutérines
- **TDM** ou **IRM** pelvis en cas de non-réponse après 72 heures d'antibiothérapie Grade B
 - Thrombophlébite pelvienne?
 - Abscess profond ?

Endométrites du post-partum

- Antibiothérapie 1^{ère} intention

Grade C

- **Amoxicilline-acide clavulanique**, 3 à 6 g/jour selon le poids, IV ou PO
- Durée : jusqu'à 48 heures d'apyrexie et disparition des douleurs provoquées

- En cas d'allergie grave aux pénicillines

Grade A

- Sans allaitement maternel : **clindamycine** (600 mg x 4/j) et **gentamicine** (5 mg/kg x 1/j) par voie IV
- Avec allaitement maternel : ?

Rationnel pour le suivi des IGH

- **Fréquence des récurrences d'IGH : 15 à 21%** **NP 2**
 - Taux important de réinfection : 20 à 34%
 - Risque d'infertilité et de douleurs pelviennes chroniques

Trent M, et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:1022-5.

Trent M, et al. Sex Transm Dis 2011;38:879-81.

- **Le suivi des femmes atteintes d'IST a montré une diminution du taux de réinfections** **NP 2**

Shain RN, et al. Sex Transm Dis 2004;31:401-8.

Thurman AR, et al. Obstet Gynecol 2008;111:1417-25.

Un suivi après IGH associé à une IST est recommandé

Grade C

Modalités de suivi Clinique

- **Le taux de pertues de vue peut atteindre 40% après le diagnostic d'IGH.** **NP 2**

Krivochenitser R et al, J Emerg Med 2014;47:507–12.

Objectif : obtenir une compliance au suivi

- **Rappel individualisé des patientes** **NP 2**
 - En utilisant les SMS
 - Par un contact téléphonique

Wolff M et al. Ann Emerg Med 2016;67:602-9.

Malotte CK et al. Sex Transm Dis 2004;31:637-42.

- **Examen clinique peu performant**
 - 20 à 30% de douleurs malgré une guérison bactériologique

Ness RB, et al. Am J Obstet Gynecol 2002;186:929–37.

Trautmann GM, et al. Am J Obstet Gynecol 2008;198:30e1-e7.

Modalités de suivi *Bactériologique*

- Traitement antibiotique bien conduit : **90 à 100% de PV négatifs** à 30 jours **NP 2**
Walker CK, et al. J Infect Dis 1993;168:969–78.
Ross JD, et al. BMJ Clin Evid 2013;2013:1606.
- **Contrôle post-thérapeutique des PV à 1 mois** **NP 2**
 - Mauvaise compliance à l'antibiothérapie
 - Evolution clinique défavorable
- Risque de réinfection à CT maximum 8 à 10 mois après IST initiale Hosenfeld CB, et al. Sex Transm Dis 2009;36:478–89.

Un prélèvement bactériologique vaginal de contrôle 3 à 6 mois après le traitement d'une IGH associée à CT, NG et/ou MG est recommandé pour éliminer une infection persistante ou une réinfection (grade C).

Modalités de suivi

Imagerie

- **Données anciennes très peu nombreuses**

- **Echo**

- Hydrosalpinx : 16 à 52%

- Pseudokystes péritonéaux

Taipale P, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 1995;6:430–4.

Timor-Tritsch IE, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 1998;12:56–6.

- **HSG**

- Obstruction tubaire (chez les infertiles) : 33 à 41%

Ness RB, et al. Am J Obstet Gynecol 2002;186:929–37.

- **Coelio**

- Obstruction tubaire (toutes femmes) : 22%

- Adhérences pelviennes : 30%

Gerber B et al. Arch Gynecol Obstet 1996;258:193-200.

En l'absence de symptôme après IGH traitée, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une échographie pelvienne, une hystérosalpingographie ou une coelioscopie.

Conseils après IGH

Contraception

- **Préservatifs : diminution des risques de...**

NP 2

- Récidive d'IGH (RR=0,5 ; IC95% 0,3-0,9)
- Douleurs pelviennes chroniques (RR=0,7 ; IC95% 0,5-1,2)
- Infertilité (RR=0,4 ; IC95% 0,2-0,9)

Ness RB, et al. Am J Public Health 2004;94:1327-9.

L'utilisation des préservatifs est recommandée dans les suites d'une IGH afin de réduire le risque de récurrences et de séquelles (grade B).

- **Contraception orale**

- L'impact de la contraception orale sur la sévérité de l'infection et le risque d'infertilité est discuté.

La prescription d'une contraception orale au décours d'une IGH ne peut être recommandée dans le seul but d'améliorer la fertilité.

Conseils après IGH

Contraception

- **Risque d'IGH après DIU**

NP 2

- Le risque d'IGH après insertion d'un DIU est inférieur à 1%.
- Le portage vaginal asymptomatique de CT ou NG au moment de la pose ne semble pas augmenter le risque d'IGH.
- La mise sous antibiotique pour IGH n'impose pas le retrait du DIU.

Les prélèvements vaginaux bactériologiques systématiques ne sont pas recommandés chez les femmes asymptomatiques souhaitant une contraception par DIU (grade B).

En cas de facteurs de risque, (âge < 25 ans, partenaires récents ou multiples), un prélèvement vaginal à la recherche d'une infection par CT, NG ou MG est recommandé, mais l'attente des résultats ne doit pas retarder l'insertion du DIU (grade B).

Conseils après IGH

Contraception

- **Pose d'un DIU après IGH**
 - Pas d'impact du DIU sur le risque d'IGH des patientes infectées par CT ou NG **NP 2**
 - Pas de différence significative de la fréquence des IGH selon le type de contraception (DIU ou autres) chez les femmes infectées par CT ou NG **NP 2**
 - Pas d'impact de l'insertion d'un DIU le jour d'une contraception d'urgence chez des femmes à risque **NP 4**

Grimes DA. Lancet 2000;356:1013–9. Birgisson NE, J Womens Health 2015;24:354–9. Papic M, Womens Health Issues 2015;25:22–7.

La pose d'un DIU n'est pas contre-indiquée après un épisode d'IGH (grade B). En cas d'antécédent d'IGH, un prélèvement vaginal à la recherche d'un portage par CT, NG ou MG est recommandé avant la pose d'un DIU.

Conseils après IGH

Fertilité

- **Risque d'infertilité** : 19% (recul de 84 mois)

NP 2

Trent M, et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165:49-54. Ness RB, et al. Sex Transm Dis 2008;35:129-35.

- **Facteurs de risque**

NP 2

- Nombre d'IGH (50% d'infertilité après 3 IGH)
- Intensité de l'infection (collections)
- Jeune âge à la première IGH
- Présence de CT

Sciarra JJ. ORGYN 1994;3:12-5. Trent M, Sex Transm Dis 2011;38:879-81.

Les IGH récurrentes, compliquées, à CT, chez la femme jeune, sont les plus à risque d'infertilité.

NP 2

Conseils après IGH

Douleurs pelviennes chroniques

- **Risque de douleurs** : 43% (recul de 84 mois)
- **Facteurs de risque**
 - Récidive d'IGH (RR=4,2 ; IC95% 2,8-6,2)
 - Âge < 19 ans (RR=5,0 ; IC95% 2,3-10,6)
 - Présence de CT

NP 2

NP 2

Trent M, et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165:49-54.

- Adhésiolyse coelioscopique ?
- Barrières anti adhérentielles ?

Khaitan L, et al. Surg Endosc 2003;17:247-53.

Tabibian N, et al. Ann Med Surg 2017;19:5-13.

Gerner-Rasmussen J, et al. Langenbecks Arch Surg 2015;400:567-76.

Après IGH, la prévention des IST et des récurrences d'IGH est recommandée afin de diminuer le risque de douleurs pelviennes chroniques.

Grade C

Conseils après IGH

GEU

- **Risque de GEU**
 - 10% (antécédents d'IGH) vs 1,4% (population générale)

NP 2

Weström L, et al. Sex Transm Dis 1992;19:185–92.
Kamwendo F, et al. Sex Transm Dis 1996;23:384–91.

Les femmes qui souhaitent concevoir après une IGH doivent être averties du risque de GEU et des signes cliniques qui doivent faire consulter.

Conseils après IGH

Cancer ovarien

- **L'inflammation chronique pelvienne** a été incriminée comme possible facteur de risque de tumeur épithéliale de l'ovaire Ness RB & Cottreau C. J Nat Cancer Inst 1999;91:1459-67.
- **Etudes épidémiologiques**
 - Taiwan : 32268 IGH (RR=1,4 ; IC95% 0,7-2,7) tous cancers ovariens
 - Danemark : 81281 IGH (RR=1,1 ; IC95% 0,9-1,2) tous cancers ovariens
(RR=1,2 ; IC95% 1,0-1,4) pour les histotypes séreux
 - Australie : 33335 IGH (RR=1,5 ; IC95% 1,0-2,1) carcinomes séreux ht grade

Shen CC. BMC Cancer 2016;16:839. Rasmussen CB. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2017;26:104-9. Stewart LM. Cancer Epidemiol 2018;55:110-6.

Une association épidémiologique existe entre les antécédents d'IGH et les carcinomes séreux de l'ovaire (NP2).

Cependant, le risque relatif est très modeste (estimé autour de 1,2 à 1,5) et le lien de causalité entre IGH et cancer de l'ovaire n'est pas démontré.

Il n'y a pas d'argument pour proposer une stratégie de dépistage ou de surveillance spécifique chez les patientes aux antécédents d'IGH.

Conclusion

En cas suspicion d'IGH

Examen abdominal et gynécologique
Echographie pelvienne
Syndrome inflammatoire (NFS, CRP)
Prélèvements bactériologiques endocervicaux

IGH

Non compliquées

IGH

Complicquées

IGH
Simples

IGH
Intermédiaires

Drainage
Antibiothérapie

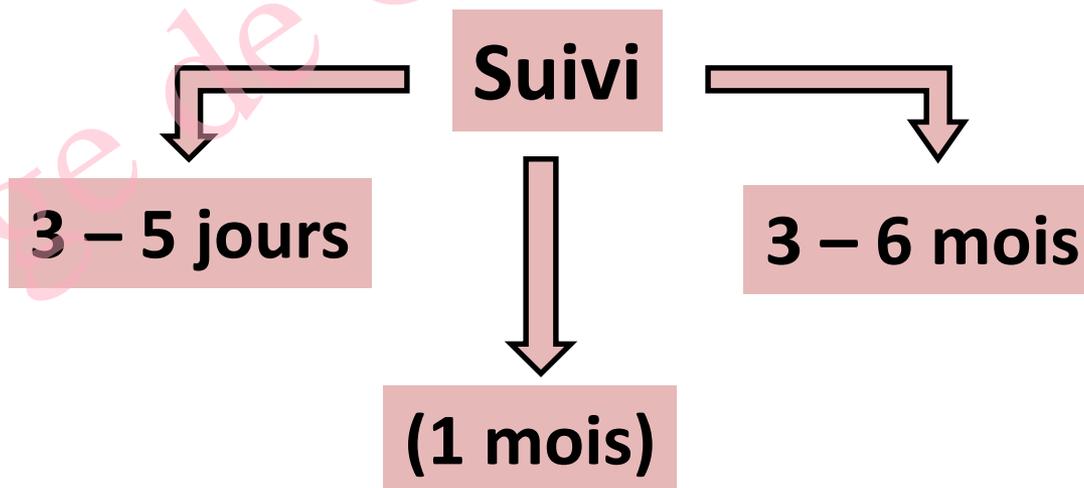
Ttt oral
Externe
10 jours

Ttt parentéral
Hospitalisation
10 jours

Ttt parentéral
Hospitalisation
14 jours

Conclusion

Reco France	Reco USA	Reco Australie
Ceftriaxone 1g (1j) Doxycycline (10j) Metronidazole (10j)	Ceftriaxone Doxycycline (Metronidazole) Fluoroquinolones	Ceftriaxone 500mg (1j) Azithromycine 1g (1j) Doxycycline (14j) Metronidazole (14j)



Lecteurs

K. ARDAENS (gynécologue médical, mixte, Lille), B. BERCOT (microbiologiste, CHU Saint-Louis, Paris), N. BORNZSTEIN (médecin généraliste, libéral, Évry), T. BRILLAC (médecin généraliste, libéral, Toulouse), É. CANOUI (infectiologue, CHU Beaujon, Clichy), C. CARVALHO (infectiologue, CHU, Tours), C. CHARLIER-WOERTHER (infectiologue, CHU Necker, Paris), S. DIAMANTIS (infectiologue, CHG, Melun), G. GIRAUDET (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille), C. HUCHON (gynécologue-obstétricien, CHU, Poissy), P. JUDLIN (gynécologue-obstétricien, CHU, Nancy), X. LESCURE (infectiologue, CHU Bichat, Paris), P. LESPRIT (infectiologue, hôpital privé universitaire, Suresnes), J. LEROY (infectiologue, CHU, Besançon), L. MAULIN (infectiologue, CHG, Aix-en-Provence), P. PANEL (gynécologue-obstétricien, CHG, Versailles), S. PATRAT-DELO (infectiologue, CHU, Rennes), D. POIRENAUD (infectiologue, CHG, Ajaccio), J. RAYMOND (microbiologiste, CHU Cochin, Paris), V. VITRAT (infectiologue, CHU, Nancy), F. VUOTTO (infectiologue, CHU, Lille)