

Infections génitales hautes chez la femme

Dr Dammene Debbih Amel, Dr Hadabi K. A
Service de Gynécologie-Obstétrique - Hôpital Bainem

RÉSUMÉ :

La salpingite aiguë ou maladie inflammatoire pelvienne (PID) est l'une des maladies gynécologiques aiguës les plus courantes; elle est causée par un large spectre de micro-organismes. Son diagnostic est souvent difficile car les signes et les symptômes classiquement attribués à cette maladie ne lui sont pas spécifiques et sont basés sur l'évaluation de l'anamnèse, l'examen clinique, des tests de laboratoire et imagerie jusqu'à la réalisation de la laparoscopie. L'utilisation de l'antibiothérapie prend en compte l'étiologie de salpingite aiguë polymicrobienne, de même il faut prendre en considération la prévention des épisodes de récurrence grâce à des efforts à l'éducation du patient et l'identification et le traitement des partenaires sexuels. Plus important encore, nous devons nous rappeler que ce qui est en jeu est souvent le potentiel de reproduction chez une jeune femme.

Mots clés : Infection génitale haute ; diagnostic, traitement

ABSTRACT :

Acute salpingitis or pelvic inflammatory disease (PID) is one of the most common acute gynecologic diseases ; it is caused by a large spectrum of micro-organisms. Its diagnosis is often difficult. Because signs and symptoms classically ascribed to this disease are not specific to it, and is based to valuation of history-taking, clinical examination, laboratory tests and imagery. Until to do laparoscopy. The use of antibiotic therapy that takes into account the polymicrobial etiology of acute salpingitis, prevention of recurrent episodes of salpingitis through efforts at patient education and identification and treatment of sexual partners. Most important, we must remember that what is at stake is often the future reproductive potential of a young woman.

Key words : Pelvic inflammatory disease; diagnostic; treatment

1. Définitions :

Les infections génitales hautes (IGH) ou « Pelvic Inflammatory Disease : PID » incluent l'endométrite, la salpingite, l'abcès tubo-ovarien et la péritonite pelvienne. Les IGH englobent les infections touchant l'utérus, les trompes de fallope, les ovaires, les surfaces péritonéales ou les structures contiguës. Elles sont souvent une complication d'infections transmises sexuellement (ITS), bien qu'elles peuvent aussi être secondaires à une procédure médicale.

2. Signes cliniques :

Signes fonctionnels	Signes organiques	Interrogatoire
<ul style="list-style-type: none"> - Algies pelviennes - Leucorrhées anormales/métrorragies - Dyspareunie - Signes fonctionnels urinaires - Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicite - Douleur à la mobilisation utérine - douleur/masse latéro-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent d'IST - Contexte de post partum ou post abortum, manœuvre endo-utérine récente - Métrorragies

NB : formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques = 70-75 %

Les symptômes peuvent varier largement entre les patientes et certaines femmes peuvent même être asymptomatiques. Les signes et symptômes associés aux IGH ne sont pas spécifiques. Le tableau suivant, adapté des lignes directrices canadiennes, résume les critères diagnostiques.

CRITERES CLINIQUES CARDINAUX	CRITERES CLINIQUES ADDITIONNELS	CRITERES PARACLIQUES ADDITIONNELS	CRITERES DIAGNOSTIQUES DEFINITIFS
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale basse - Sensibilité aux annexes - Douleur à la mobilisation du col utérin 	<ul style="list-style-type: none"> Température $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ - Douleur au dos - Dyspareunie - Métrorragie, ménorragie - Secrétions vaginales abondantes et purulentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de leucocytes abondants sur état frais - Protéine C réactive ou vitesse de sédimentation élevées - Détection de Neisseria-gonorrhoea ou Chlamydia trachomatis 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie de l'endomètre démontrant endométrite - Echographie transvaginale démontrant épaissement des trompes, du liquide libre pelvien ou un abcès tubo-ovarien - Etalon d'or : Anomalies compatibles avec une IGH à la laparoscopie

Critères de diagnostic :

Critères majeurs proposés

Douleur annexielle provoquée ou Douleur à la mobilisation utérine

Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant plus la spécificité du modèle)

- Interrogatoire : Antécédent d'IST Post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente Syndrome rectal
 - Examen clinique : T > 38 °C Leucorrhées purulentes
 - Examens complémentaires : Elévation de la CRP Présence de Chlamydia ou Gonocoque à l'examen bactériologique
- Histologie : Endométrite à la biopsie endométriale Présence de signe échographique spécifique : épaissement pariétal tubaire > 5 mm, • ou signe de la roue dentée, • ou masse hétérogène latéro-utérine ±- cloisonnée avec de fins échos.
- Signe Doppler spécifique : hyperhémie

3. Facteurs de risque : résumés sur le tableau 4

Partenaires sexuels multiples	Etat du partenaire sexuel (porteur)
Episode(s) antérieur(s) d'IGH	Age (15-25 ans)
Méthode de contraception	Dispositif intra-utérin
Antécédent d' ITS	Nulliparité
Relation sexuelle durant les menstruations ou juste après	

4. Examens complémentaires :

Prélèvements cervico-vaginaux	Bilan biologique	Echographie pelvienne
<p>après nettoyage de la glaire cervicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - écouvillons dans le cul de sac vaginal, endocol - si DIU en place : ablation et envoi en bactériologie - en cas de doute diagnostique : discuter biopsie endométriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémocultures si T $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ et/ou frissons - NFS, CRP - hCG de principe - Sérologies VIH (après information de la patiente), VHB, VHC, TPHA/VDRL 	<p>Signes spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epaissement pariétal tubaire sup 5mm - Signe de la roue dentée - Masse hétérogène intra utérine +/- cloisonnée avec de fins échos - Hyperhémie au doppler

NB : hyperleucytose et syndrome inflammatoire inconstants

En cas de doute diagnostique : TDM abdomino-pelvienne

5. Diagnostic différentiel :

- Pyélonéphrite aiguë,
- Appendicite aiguë,
- Cholécystite aiguë,
- GEU, torsion d'annexe,
- Endométriose ...

6. Complications :

- A court terme : L'abcès tubo-ovarien et le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (péri-hépatite).
 - A long terme : l'infertilité, la grossesse ectopique, la douleur pelvienne chronique et la dyspareunie.
- Le risque de développer des complications à long terme est accru avec les épisodes récurrents.

7. Prise en charge thérapeutique

a. Principes du traitement :

Un traitement rapide est crucial pour éviter les complications, particulièrement l'infertilité. Un traitement empirique devrait être administré à toutes les femmes présentant de la douleur abdominale basse et de la sensibilité au niveau de l'utérus, du col ou des

annexes (ovaires, trompes et ligaments larges) dont la cause clinique la plus probable est l'IGH.

Le traitement peut être donné par voie orale et/ou parentérale et en externe ou à l'hôpital. La majorité des femmes peut être traitée en externe avec une thérapie per os. Toutefois, il existe certaines situations ou une hospitalisation est préférable au traitement en ambulatoire.

b. Critères d'hospitalisation :

- IGH compliquée :
 - Abcès pelvien, pelvipéritonite, péri hépatite
 - Sepsis sévère ou choc
 - Formes récidivantes
- Troubles digestifs (nausées, vomissements) avec impossibilité d'utiliser la voie orale
- Echec ou impossibilité du traitement ambulatoire
- Incertitude diagnostique : doute sur une autre urgence chirurgicale (exemple : appendicite)
- Patientes adolescentes

• Immunodépression Antibiothérapie (cf tableau)

• Grossesse

c. Principe du traitement :

- Triple antibiothérapie active sur chlamydia trachomatis, gonocoque, mycoplasma, streptocoques, entérobactéries et anaérobies
- A débiter après les prélèvements sauf sepsis sévère (marbrures, hypotension..)
- Traitement ambulatoire par voie orale en cas de forme non compliquée
- Adaptation de l'antibiothérapie à 48-72h +++
- Récupérer systématiquement le résultat des prélèvements microbiologiques avant la sortie d'hospitalisation
- Coelioscopie diagnostique d'indications précises
- Les prélèvements per opératoires doivent être réalisés :
 - Dans des seringues bouchées (pour milieu standard)
 - Dans des flacons d'hémocultures anaérobies (en priorité) et aérobie (si prélèvement suffisant)

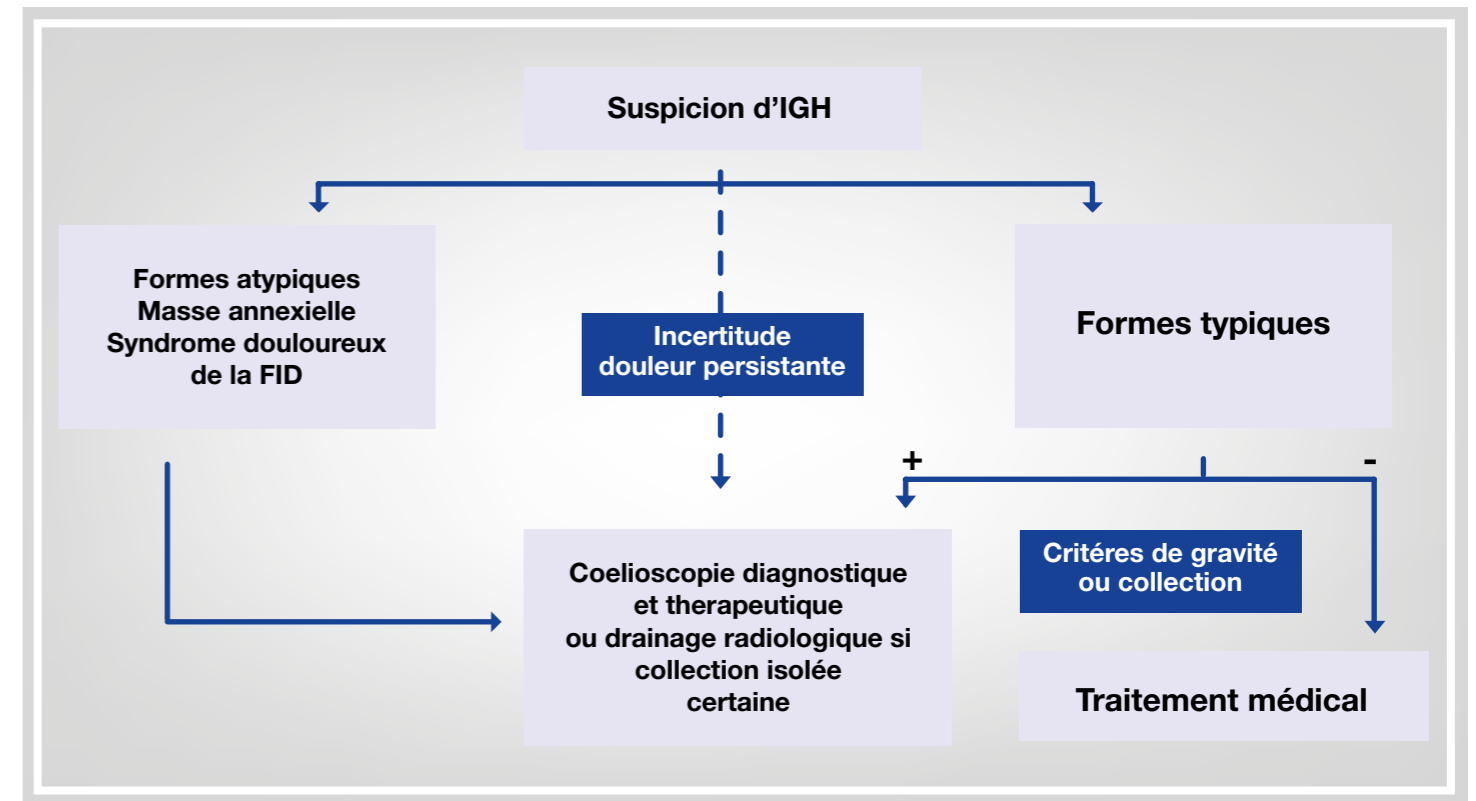
• Adaptation aux résultats microbiologiques

• Relais PO dès amélioration clinico-biologique, en absence de troubles digestifs

En l'absence de documentation microbiologique :

Poursuivre le traitement PO par métronidazole et doxycycline

NB : CI cyclines en cas de grossesse, allaitement, photosensibilité



d. Suivi post thérapeutique : Mesures associées :

- Repos
- Antalgiques (pas d'AINS)
- Anticoagulation préventive en cas d'abcès pelvien (prévention du risque de thrombophlébite pelvienne)
- Contraception oestroprogestative (en l'absence de CI)
- Insister sur l'importance de l'observance du traitement ATB +++
- Suivi clinique et sérologique (+ sérologie chlamydia trachomatis) à distance +++ (patiente à revoir 1 à 2 mois après l'hospitalisation). Dépistage et traitement systématique du mari ou partenaires)
- Bilan d'IST : premier jet d'urine (PCR

chlamydia et gonocoque), sérologies VIH (après information du patient), TPFA/VDRL, VHB, VHC

Bibliographie

1. 7e Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse — MST chez la femme, la mère, la mineure. J Gynecol Obstet BiolReprod, 1994 ; 23 : 210-216.
2. Judlin P. Les infections génitales hautes. Introduction. J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012 ; 41 : 832.
3. Bouquier j, Fauconnier a, Fraser W et al. Diagnostic d'une infection génitale haute. Quels critères cliniques, paracliniques ? Place de l'imagerie et de la coelioscopie? J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012 ; 41 : 835-849.
4. Quentin r, Verdon R. Les infections génitales hautes : bases microbiologiques du diagnostic et du traitement. J Gynecol Obstet BiolReprod,

- 2012 ; 41 : 850-863.
5. Bourret a, Fauconnier a, Brun JL. Prise en charge d'une infection haute non compliquée. J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012 ; 41 : 864-874.
6. Afssaps. Empirical antimicrobial treatment for non complicated urethritis and cervicitis. 2005 with actualisation in March 2009. www.afssaps.fr
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of acute pelvic inflammatory disease. Green-top Guideline No. 32, Nov 2008.
8. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. Morb Mortal Wkly Rep, 2010 ; 59 RR12 : 1-116.
9. Judlin P. Current concepts in managing pelvic inflammatory disease. Curr Opin Infect Dis, 2010 ; 23 : 83-87.
10. P. JUDLIN et al. Infections génitales : quoi de neuf ? Réalités en gynécologie-obstétrique # 168_Mars/Av

SALPINGITE NON COMPLIQUEE Traitement ambulatoire Antibiotique P.O	SALPINGITE COMPLIQUEE Hospitalisation +/- drainage des abcès tubo-ovariens Antibiotique I.V
<p>Ceftriaxone 1g injection unique IM</p> <p>+</p> <p>Métronidazole 500mg x 2/ j P.O</p> <p>+</p> <p>Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>En cas d'allergie aux B-lactamines :</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg prise unique P.O</p> <p>+</p> <p>Métronidazole 500 mg x 2/ j P.O</p> <p>+</p> <p>Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>Durée totale : 14 jours</p>	<p>Ceftriaxone 1g/j I.V</p> <p>+</p> <p>Métronidazole 500mg x 3/ j I.V</p> <p>+</p> <p>Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>En cas d'allergie aux B-lactamines :</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg x 2/j P.O</p> <p>+</p> <p>Métronidazole 500 mg x 3/ j P.O</p> <p>+</p> <p>Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>Durée totale : 21 jours</p>
Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures +++	

11. Agence de la santé publique du Canada. « PelvicInflammatoryDisease (PID). » Dans : Canadian Guidelines on SexuallyTransmitted Infections 2006 Edition. [En ligne, fichier pdf]. Mise à jour octobre 2007 [cité le 10 juin 2008]. [13 p.] Disponible: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/pido6_e.pdf

12. Ross J.D.C. « European guideline for the management of pelvicinflammatorydisease and perihepatitis. » International Journal of STD & AIDS. 2001; 12 (suppl 3) : 84-87.

13. Walker CK, Wiesenfeld HC. « AntibioticTherapy for Acute PelvicInflammatoryDisease : The 2006 Centers for Disease Control and PreventionSexuallyTransmittedDiseasesTreatment Guidelines. » ClinicalInfectiousDiseases. 2007; 44 (Suppl 3) : S111-S122

14. Robert C. Brunham, M.D., Sami L. Gottlieb, M.D., M.S.P.H.,andJormaPaavonen, M.D.PelvicInflammatoryDisease.The new england journal o f medicine, 2015; 2039-2048

15. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). PelvicinflammatoryDisease (PID). Treatment guidelines, 2015, 1-5.

16. Ross J, Judlin Ph, Jensen J. European Guideline for the Management of PelvicInflammatoryDisease 2012 ; 1-22.

Contrôlez vos connaissances !

Une salpingite aiguë peut entraîner à distance :

- a. Une dyspareunie
- b. Des douleurs abdominales
- c. Une infection urinaire chronique
- d. Une grossesse extra-utérine
- e. Une stérilité tubaire

Parmi les affirmations suivantes concernant la salpingite, lesquelles sont exactes ?

- a. La fièvre est fréquente
- b. L'examen clinique permet de faire le diagnostic dans tous les cas
- c. L'antibiothérapie doit comprendre un antibiotique actif sur le chlamydia
- d. Les métrorragies sont parfois présentes
- e. L'existence d'une masse annexielle doit faire craindre un abcès tubo-ovarien

Concernant le traitement, quelle est la ou les réponses juste(s) ?

- a. il faut toujours traiter le partenaire
- b. la coelioscopie est toujours indiquée
- c. un seul antibiotique est nécessaire
- d. le traitement doit être entrepris en milieu hospitalier

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

La bronchiolite aiguë du nourrisson

H. Maouche Maître de Conférences classe - A -
Service de pédiatrie du professeur A. Bensenouci CHU Béni-Messous

RÉSUMÉ :

La bronchiolite aiguë est une infection aiguë virale des bronchioles survenant de manière épidémique chez l'enfant de moins de 24 mois. Elle touche actuellement des enfants de plus en plus jeunes et n'épargne pas les nouveau-nés. Elle survient surtout pendant la saison automno-hivernale. Elle se manifeste cliniquement par des signes d'infection virale, une polypnée, des signes de lutte respiratoire et un wheezing. Ce tableau clinique est source d'angoisse et de panique pour les médecins et les familles qui sollicitent les services des urgences des grands centres hospitaliers alors que souvent un traitement symptomatique au domicile est largement suffisant. La bronchiolite aiguë n'est pas de l'asthme même si les symptômes de ces deux affections sont identiques.

Mots clés : Bronchiolite, Infection aiguë virale, traitement symptomatique.

ABSTRACT :

Bronchiolitis is an acute viral infection of the bronchioles epidemically occurring in children under 24 months. It currently affects children increasingly younger and not sparing newborns. It occurs specially during the season of autumn and winter. It is manifested clinically by signs of viral infection, tachypnea, respiratory distress and wheezing. This clinical picture is a source of anxiety and panic for physicians and families who go request the emergency services of large hospitals while usually symptomatic treatment at home is quite sufficient. Acute Bronchiolitis is not asthma, even though the symptoms are the same.

Key words : Bronchiolitis, acute viral infection, symptomatic treatment.

1. Définition :

Infection aiguë virale des bronchioles survenant de manière épidémique chez l'enfant de moins de 24 mois.

- C'est la plus fréquente des IRA basses de l'enfant de moins de 24 mois
- Elle survient sous forme d'épidémies en automne et en hiver.
- Les virus responsables sont : Le virus respiratoire syncytial (VRS) : 90 % , autres virus : 10% (rhinovirus, adénovirus, myxovirus parainfluenzae, virus de la grippe).

2. Diagnostic Positif :

Interrogatoire	Examen clinique	Examens paracliniques
<p>Age de l'enfant < 24 mois</p> <p>Notion de contagé viral.</p> <p>Début brutal ou progressif avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toux, fièvre, gêne respiratoire - Rhinite : claire - Toux : durée, type : paroxystique avec quintes ou sifflante - Difficultés respiratoires : Respiration rapide, tirage, - Cyanose, sueurs. Autres : vomissements après la toux, diarrhée : selles liquides... Comportement : éveil, somnolence, fatigue... 	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre. - Rhinite claire. - Toux, wheezing. - Geignement expiratoire. - Stridor. - Cyanose. - Tachycardie - Polypnée. - Battement des ailes du nez. - Tirage sous costal. - Thorax distendu, sonore. - Râles : sibilants et/ou sous crépitants disséminés, symétriques. 	<p>→ Radiographie thoracique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inutile dans la bronchiolite aiguë typique même chez un enfant présentant des critères d'hospitalisation. ▶ Recommandée dans les situations suivantes : - Symptômes inhabituels évocateurs d'une complication (asymétrie auscultatoire...), - Pathologie sous-jacente : cardiopathie, malformation, mucoviscidose, déficit Immunitaire, pathologie neuromusculaire - Doute diagnostique : signes d'insuffisance cardiaque. <p>→ Bilan infectieux biologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inutile en cas de bronchiolite aiguë typique. - Peut être réalisé chez un enfant fébrile âgé de moins d'un mois suspect d'infection bactérienne sévère. <p>→ Tests Virologiques : Inutiles.</p>