

Prise en charge de l'infection génitale haute (IGH)

Facteurs de risque

- Age jeune.
- Démarrage de l'activité sexuelle.
- Le tabagisme.
- Nouveau partenaire.
- Partenaires multiples.
- Partenaire présentant une IST.
- L'absence de port de préservatif.
- ATCD personnel d'IST.
- Moins fréquents: gestes endo-utérin, pose d'un stérilet, IVG.

Epidémiologie

Concerne des femmes jeunes, le plus souvent moins de 25 ans.
Infections le plus souvent à Chlamydia Trachomatis.
Asymptomatique ou pauci-symptomatique dans 65% des cas, formes modérées 30%, formes compliquées 5%.
Augmentation des formes compliquées avec l'âge des patientes, risque de complications à type d'infertilité.

Deux grandes portes d'entrée:

- col utérine (endocervicite): infection sexuellement transmissible.
- Utérus (endométrite): agent causal geste invasif, ex: pose d'un stérilet.

Deux grande type de germes:

- Germes responsables d'IST:
 - Chlamydiae trachomatis « Silence Killer » (infection pauci-symptomatique).
 - Neisseria gonorrhoeae.
 - Mycoplasma genitalium.
- Germes commensaux → responsables d'endométrites:
 - Echerichia Coli.
 - Streptococcus agalactiae.
 - Anaérobies.
- Souvent polymicrobien.

Microbiologie

- Prélèvement vaginal avec examen direct pour la recherche de leucocytes altérés (comptage) et d'autres anomalies (trichomonase, vaginose) et pour la réalisation de TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques): recherche de *Chlamydiae trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*.
- Prélèvement d'endocol, après désinfection de l'exocol, avec analyse bactériologique (grade A).
- La sérologie Chlamydia trachomatis n'a pas d'intérêt pour le diagnostic d'une IGH en phase aiguë ni pour la surveillance de l'évolution de la maladie.

Examens complémentaires

- ▶ NFS + CRP mais l'absence d'anomalies n'infirmes pas/n'exclut pas le diagnostic d'IGH non compliquée.
- ▶ Echographie examen de 1^{ère} intention: permet d'évoquer le diagnostic (signes spécifiques), d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie.
- ▶ En cas de doute diagnostique, et dans les formes mineures: biopsie d'endomètre, cet examen histologique a de bonnes sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'IGH.
- ▶ Si doute diagnostique clinique et échographique: scanner abdominopelvien, permet de préciser les anomalies et de faire certains diagnostics différentiels. L'IRM peut être discutée en seconde intention.
- ▶ En cas d'IGH non compliquée, la coelioscopie diagnostique n'est pas recommandée en première intention.

Formes cliniques

- Forme classique rare: femme jeune, comportement sexuel à risque, douleurs pelviennes évoluant depuis 2-3 jours, associées à des leucorrhées, des métrorragies et un fébricule.
- Formes asymptomatique et paucisymptomatique.
- Douleur pelvienne aiguë ou chronique, permanente ou intermittente, douleur le plus souvent à type de pesanteur, associée à une dyspareunie, leucorrhées, métrorragies, fièvre.
- Douleur à la mobilisation utérine, perception masse palpable.

Aide au diagnostic

Critères majeurs posés (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 :

- Antécédents d'IST
- Contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente
- Métrorragies
- Syndrome rectal (ténésme, épreinte)

Examen clinique :

- Température > 38°C
- Leucorrhées purulentes

Examens complémentaires

- Elévation 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 :
 - Epaissement 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...)

Traitement de 1^{ère} intention

- ▶ Ofloxacine 400 mg x 2/jour per os 10 jours +
- ▶ Métronidazole 500 mg x 2 /jour per os 10 jours ±
- ▶ Ceftioxone 500 mg 1 injection IM unique
- ▶ Alternative : Ceftriaxone 500 mg 1 injection IM unique + azithromycine per os 1 g 2 prises à 7 jours d'intervalle.

Infection génitale haute compliquée (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite).

- ▶ Ofloxacine 400 mg x 2/jour per os 14 jours + Métronidazole 500 mg x 2 /jour per os 14 jours ± Ceftioxone 500 mg 1 injection IM unique.

Complications

- Abcès tubo-ovariens: Infection mal traitée, risque de péritonite ou de pelvipéritonite.
- Pelvipéritonite: tableau terminal d'une IGH non traitée, douleur pelvienne généralisée et défense pelvienne bilatérale.

Références :

Recommandations pour la pratique clinique : Les infections génitales hautes - Collège national des gynécologues et obstétriciens français : 2012
C.Wintenberger and al - Proposal for shorter antibiotic therapies Recommendation Group of the SPILF - Médecine et Maladies Infectieuses
Volume 47, Issue 2, March 2017, Pages 92-141