

Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2012

Les infections génitales hautes

Texte tronqué et résumé par François Golfier à destination des Etudiants en Médecine de la faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

1. DIAGNOSTIC D'UNE INFECTION GÉNITALE HAUTE (IGH). QUELS CRITÈRES CLINIQUES, PARACLINIQUES ? PLACE DE L'IMAGERIE ET DE LA CÉLIOSCOPIE ?

Définition d'une IGH

Les IGH regroupent les différentes formes des infections utéro-annexielles, compliquées ou non : **endométrites, salpingites, abcès tubo-ovariens, pelvipéritonite d'origine génitale**. Les endocervicites isolées sont exclues du champ des recommandations.

1. Les critères suivants doivent être utilisés pour faire le diagnostic d'IGH. La présence **des critères majeurs** (en l'absence d'autre diagnostic) est **suffisante pour la mise en route du traitement** (grade C) (Tableau 1).

Tableau 1 - Critères majeurs et additifs pour le diagnostic d'IGH

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 : antécédent d'IST, contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente, métrorragies, sd rectal (ténésme, épreinte)

Ex clinique : T > 38 °C, leucorrhées purulentes

Ex complémentaires :

- **CRP** élevée,

- **Ex bactériologique** : présence de *Chlamydia trachomatis*, **gonocoque** ou *Mycoplasma genitalium*,

- **Histologie** de biopsie d'endomètre (pipelle de Cornier) : **Endométrite** ou Histologie de biopsie de pavillon tubaire (coelio) : **Salpingite**,

- **Echographie** : signes spécifiques = épaisseur paroi tubaire OU franges tubaires épaissies (signe de la roue dentée) OU masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec fins échos),

- **Absence d'autres pathologies** : GEU, appendicite, endométriose, KO compliqué (torsion, rupture), inf urinaire, pathol fonctionnelle...

2. 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.

3. Il faut **systématiquement** réaliser une **échographie pelvienne** car elle permet d'évoquer le diagnostic (signes spécifiques), d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie (grade B).

4. **En cas de doute diagnostique**, et dans les formes mineures, la **biopsie d'endomètre** doit être réalisée car cet examen histologique a de bonnes sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'IGH (grade B) : Recherche d'une infiltration de polynucléaires neutrophiles et de plasmocytes.

5. **En cas de doute** diagnostique clinique et échographique, il faut réaliser un **scanner (TDM) abdominopelvien** car il permet de préciser les anomalies et de faire certains diagnostics différentiels (grade C).

6. En cas d'IGH non compliquée, la **cœlioscopie diagnostique n'est pas recommandée en première intention** (grade B) mais elle constitue l'examen de référence en cas de doute diagnostique persistant après l'imagerie (grade B).

2. DIAGNOSTIC D'UNE IGH : MICROBIOLOGIE

7. En cas de suspicion d'IGH, il faut faire : **un prélèvement vaginal avec examen direct** pour recherche de leucocytes altérés et d'autres anomalies (trichomonase, vaginose) **et pour la réalisation de tests d'amplification des acides nucléiques** à la recherche de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* (grade B) ; **un prélèvement d'endocol avec analyse bactériologique** (germes aérobies et anaérobies) (grade A).

8. Si une cœlioscopie ou une laparotomie est effectuée, des prélèvements tubopéritonéaux doivent être réalisés (grade B).

9. 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).

3. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS GÉNITALES HAUTES NON COMPLIQUÉES

Aucune donnée de la littérature ne permet de différencier la prise en charge thérapeutique des endométrites et des salpingites non compliquées.

10. 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).

11. **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).

12. **L'association ofloxacine + métronidazole pdt 14 jours doit être proposée en première intention**, en l'absence de CI (grade B). La recherche de gonocoque doit être systématique (grade B). **Une inj IM complémentaire de ceftriaxone doit être associée**, secondairement en cas de découverte de gonocoque, ou **d'emblée en fonction du contexte (haute prévalence, facteurs de risque, suivi aléatoire...)** (grade A).

13. **Les alternatives suivantes** (Tab 2) sont possibles (notamment en cas d'allergie) (grade B) :

Tableau 2 - Protocoles d'antibiothérapie des IGH non compliquées

	Antibiotiques	Durée
Traitement proposé en première intention :	Ofloxacine + Métronidazole +/- Ceftriaxone	14 j
	Ceftriaxone + Azithromycine	dose unique/14 j
Alternatives possibles	Moxifloxacine	14 j
	Ceftriaxone	dose unique
	+ Métronidazole	14 j
	+ Doxycycline	14 j

14. **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, de la tolérance du traitement (grade C) .

15. Les mêmes protocoles sont à utiliser chez les patientes infectées par le VIH (grade B).

16. En cas d'IGH survenant sur DIU, il est **recommandé de retirer le DIU et de l'analyser en bactériologie** (grade B).

17. 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** (azithromycine pour *C. trachomatis*, ceftriaxone pour *N. gonorrhoeae*) (grade B).

4. PRISE EN CHARGE DES ABCÈS TUBO-OVARIENS

18. Les IGH compliquées d'**abcès tubo-ovarien** (ATO) ne relèvent pas d'une antibiothérapie seule et doivent être drainées (grade B) par radiologie interventionnelle (grade B) ou par cœlioscopie (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).

19. La ponction par voie transvaginale est à préférer au drainage chirurgical.

20. Si une chirurgie est réalisée, elle doit l'être de préférence par cœlioscopie (grade C). La cœlioscopie permet en outre d'apprécier l'état tubaire.

21. **La prise en charge chirurgicale des ATO est indiquée en première intention dans les formes graves (rupture, péritonite généralisée, choc septique)** (accord professionnel).

22. L'antibiothérapie des ATO doit couvrir leur origine polymicrobienne fréquente (entérobactéries, streptocoques, anaérobies, et bactéries responsables des IST) (NP2). Licite de recommander les antibiothérapies suivantes (accord professionnel) (Tableau 3) :

Tableau 3 - Propositions d'antibiothérapie pour le traitement des abcès tubo-ovariens

	Molécule	Durée
Première intention	Ceftriaxone	+ M étron id 14-21 j
Alternatives :	Ofloxacin e + Métronidazole	14-21 j
	Céfoxitine	+ D oxycline 14- 21 j

5. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DU POST-PARTUM

23. **Le diagnostic clinique d'endométrite aiguë du post-partum est facile quand s'associent douleurs pelviennes, hyperthermie et lochies fétides. En cas de doute sur la vacuité utérine, une échographie doit être pratiquée** (grade B).

24. Concernant le traitement de 1^{ère} intention de l'endométrite du post-partum, on peut recommander :

- **en l'absence d'allaitement maternel** : association **clindamycine gentamycine IV**

(grade A) ;

- **en cas d'allaitement maternel**: céphalosporine de 3^e génération (**ceftriaxone**), associée ou non à métronidazole, **ou** pénicilline combinée à un inhibiteur des bêta-lactamases (**amoxicilline-acide clavulanique**) (grade C). Durée optimale indéterminée (5-10 jours).

25. **Une tomodynamométrie ou une IRM** avec injection de produit de contraste devront être réalisées **devant une fièvre persistante (≥ 5 jours)**, à la recherche d'une **thrombophlébite pelvienne ou d'un abcès profond** (grade B).

26. **En cas de thrombophlébite pelvienne** associée à une endométrite du post-partum, **le traitement doit associer une antibiothérapie adaptée à une héparinothérapie** à dose hypocoagulante pendant la durée de l'antibiothérapie sur une **durée minimale de 7 à 14 j** (grade C). Poursuite du ttt et relais par AVK en fonction de la localisation du thrombus et de son extension (veine cave inférieure, embolie pulmonaire) et de sa persistance.

27. **Antibioprophylaxie avec céphalosporines de 1^{re} et 2^e générations** indiquée **en cas de césarienne** (urgence ou programmée) **au moment de l'incision cutanée** (grade A).

6. ANTIBIOPROPHYLAXIE (ATBP) ET PRÉVENTION DES IGH

28. Lors d'une **hystérosalpingographie**, antibioprophylaxie recommandée en cas de dilatation tubaire (grade C) ou d'antécédent d'IGH (accord professionnel).

29. Antibioprophylaxie non recommandée après hystérocopie.

30. **Pas lieu de proposer antibioprophylaxie lors de pose d'un DIU** (grade A).

31. **Délivrance artificielle et/ou révision utérine** augmente le risque d'infection mais **aucun argument pour recommander une antibioprophylaxie** (grade A).

32. **Pas d'indication d'antibioprophylaxie** pour les **IVG médicamenteuses** (grade B).

33. **Antibioprophylaxie systématiquement avant IVG chirurgicale** (grade A). Doxycycline ou le métronidazole (grade A). **Chez la femme de moins de 25 ans** (prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis*), **doxycycline privilégiée** (grade C).

7. CONSEILS APRÈS IGH

34. À l'instauration du traitement, **information complète sur la prévention des IST** et sur **nécessité d'un suivi** pour diminuer le risque de récurrence (grade B).

35. Pas lieu de répéter ex bactériologique à distance de l'IGH sauf inf. initiale par *Chlamydiae trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* (dépistage recontaminations :3-6 mois) (grade B).

36. Echographie 3 mois après l'épisode infectieux peut dépister les séquelles d'IGH, type hydrosalpinx ou faux kyste péritonéal (NP2). Cependant pas recommandée en l'absence de symptômes dûment avérés (douleurs, infertilité) (accord professionnel).
37. Pas indiqué de réaliser hystérosalpingographie à distance d'une IGH en dehors de l'exploration d'une infertilité (grade C).
38. Pas recommandé réalisation d'une hystérocopie après IGH (grade C).
39. **Cœlioscopie de contrôle : qu'en cas d'infertilité ou de douleurs pelviennes chroniques** (grade C).
40. **Utilisation des préservatifs** recommandée car réduit risque de séquelles par diminution des épisodes récurrents (grade B).
41. **Contraception orale diminue risques d'IGH et doit donc être proposée** en l'absence de CI, **parallèlement au préservatif** (grade C).
42. Avant pose de DIU, recherche d'une IST préconisée si facteurs de risque (jeune âge, comportement sexuel à risque, antécédent d'IST) (grade C). DIU non associé à sur-risque d'IGH en l'absence de facteurs de risque (NP2).
43. **Utilisation du DIU peut s'envisager si ATCD d'IGH, en l'absence d'hydrosalpinx et de facteurs de risque d'IST** (grade C).
44. Echographie pelvienne précoce recommandée en cas de grossesse avec ATCD d'IGH afin de s'assurer de sa localisation intra-utérine (grade B).