

LES INFECTIONS GYNECOLOGIQUES

I - LES INFECTIONS GENITALES

A - INTRODUCTION

Première cause de MST (maladie sexuellement transmissible) en France.
Les infections à Chlamydia trachomatis touchent de 1 à 15% de la population.
Légère diminution de la prévalence des infections à gonocoques en France depuis quelques années.
Sans doute due à l'apparition du SIDA, et donc à un renforcement de la prévention.

1) LES INFECTIONS A CHLAMYDIA TRACHOMATIS

C'est un germe de la famille Gram⁻.
Il agit de façon intracellulaire.
Une des espèces pathogènes les plus répandues dans le règne animal.
Il n'est pathogène que chez l'homme.
Il a un tropisme particulier pour les cellules des épithéliums génitaux et oculaires.
Il va surtout se localiser au niveau des trompes chez la femme.
70% des infécondités d'origine tubaire lui sont dues.

2) LES INFECTIONS A GONOCOQUES

C'est un cocci Gram⁻.
Il est à l'origine d'infections urogénitales aiguës ou asymptomatiques.
Il a aussi un rôle, mais beaucoup moins important, dans l'infécondité d'origine tubaire.
Le gonocoque se transmet exclusivement au cours du rapport sexuel.
La probabilité de contracter un gonocoque lors d'un premier contact pour une femme est de 60 à 90%.
Les formes asymptomatiques sont très fréquentes chez la femme.
On le recherchera particulièrement au niveau des glandes de Skène et de Bartholin (lubrifiant le vagin).
Le dépistage apparaît justifié chez toute femme présentant une autre MST.
A fortiori chez une femme qui présente les facteurs de risques suivants :

- Âge au dessous de 24 ans
- Niveau scolaire peu élevé
- Partenaire symptomatique
- Changement de partenaire depuis moins de 3 mois
- Plusieurs partenaires depuis moins de 3 mois

En présence de ces facteurs, le risque de faire une infection est 6 fois plus important que la normale.

La prévention passe par l'éducation sur les pratiques sexuelles à risque :

- La sodomie
- L'absence d'utilisation de préservatifs
- L'insuffisance d'hygiène dans et après les rapports sexuels

Le rapport sexuel modifie l'équilibre de l'écosystème que constitue la muqueuse.
Il provoque des microlésions propices à la contamination.

3) ÉTIOLOGIE

a) Facteurs de risques comportementaux sexuels

- Précocité des rapports sexuels : flore de Döderlein pas encore constituée
- Partenaires sexuels multiples
- Partenaires infectés
- Pratiques à risques : sodomie
- Tourisme sexuel

b) Cause principale

Microlésions :

- Transmission augmentée : VIH, MST

Diminution de l'immunité.

Favorisent l'infection.

Recherche systématique du VIH.

B - DIAGNOSTIC CLINIQUE

1) SIGNES

a) Algies pelviennes

- Sourdes
- Majorées par les rapports sexuels

b) Leucorrhée

- Mucopurulente
- Verdâtre
- Nauséabonde
- Entraînant un prurit

c) Métrorragie

Saignement de la muqueuse au moment des rapports.

d) Signes urinaires

- Brûlure mictionnelle
- Pollakiurie

e) Fébricule ou fièvre

Selon l'évolution.

f) Pesanteur pelvienne

g) Stérilité

Il arrive qu'une femme asymptomatique consulte pour une stérilité causée par l'infection.

2) LOCALISATION

a) Glandes de Bartholin : Bartholinite

Surtout pour le gonocoque.

Prélèvement à ce niveau.

La bartholinite aiguë entraîne un abcès au tiers postérieur de la grande lèvre.

Très douloureux : entraîne parfois le refus d'examen.

Syndrome inflammatoire : fièvre.

b) Col de l'utérus : Endocervicite

Inflammation du col de l'utérus.

Dans les infections à chlamydiae, on la retrouve à 90%.

Rapports très douloureux, avec écoulements de sang.

Microlésions au niveau du col, avec points rouges : colpité.

La cervicite gonococcique est plus rare mais provoque les mêmes symptômes.

Les deux germes peuvent coexister.

Prélèvement pharyngé.

Prélèvement rectal.

Prélèvement au niveau des glandes de Skène et de Bartholin.

Prélèvement des leucorrhées.

Hémoculture pour le gonocoque.

c) Trompes : Salpingite

Voir chapitre suivant.

C - TRAITEMENT

1) LA BARTHOLINITE

a) Chirurgie

Il faut ouvrir l'abcès : marsupialisation

Se fait au bloc avec des précautions particulières : risque de récurrence.

On prélève.

b) Antibiothérapie

■ Traitement minute

- Pénicilline G (4 millions) EXTENCILLINE
- ou
- Céphalosporine de 3ème génération : Céfotaxime (CLAFORAN) 1 g en IM.

■ Traitement local

- Soins de l'abcès

■ Traitement combiné

Si chlamydiae et gonocoques associés, ajout d'une Cycline per os pendant 15 jours (VIBRAMYCINE ®).

Chez la femme enceinte : Céphalosporine de 3ème génération + Érythromycine.

Si allergie à la pénicilline, on donne :

- CEFLOX ®
- NEUROXINE

Si allergie à la Cycline, pour les infections à Chlamydia :

- Macrolide

c) Mesures de prévention

- Repérage des femmes à risques ; particulièrement les adolescentes
- Éducation sur les conduites sexuelles à risques
- Proposition de sérologie pour le Chlamydia
- Prélèvement pour le gonocoque
- Orientation sur une PMI pour un dépistage gratuit et anonyme

Traitement pris en charge par la Sécu, même pour les gens qui n'en bénéficient pas.

Principale cause de stérilité en France.

d) Dépistage

- Examen gynécologique complet
- Toucher vaginal
- Frottis cervico-vaginal
- Recherche de chlamydiae et de gonocoques
- Sérologie du Chlamydia
- Dépistage VIH et hépatite B

Les prélèvements sont portés au labo par la patiente.

II - LA SALPINGITE

A - INTRODUCTION

Syndrome clinique aigu, lié à l'ascension de micro-organismes vers les trompes, milieu normalement aseptique.

1) ETIOLOGIE

Dominée par le Chlamydia trachomatis.

Il donne beaucoup de formes frustes : très peu symptomatiques.

Principale complication : séquelles tubaires qui conduisent à la stérilité.

Principale indication des fécondations in vitro (FIV).

Principales causes de salpingite :

- Chlamydia
- Gonocoque

Mais on rencontre aussi :

- La tuberculose
- La bilharziose

2) ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence en France est estimée à 100 000 cas annuels.

Il y aurait en ce moment une légère diminution.

Les 3/4 des salpingites touchent les femmes de moins de 25 ans.

Or, l'épidémiologie ne s'est pas modifiée pour cette tranche d'âge.

Trois facteurs de risques principaux :

- Âge : plus la femme est jeune, plus le risque augmente. Maximum de risque entre 15 et 19 ans.
- Facteurs comportementaux :
 - Âge du 1er rapport sexuel : 3 fois plus avant 15 ans. Abaissement de l'âge du 1er rapport
 - Activité sexuelle et surtout le nombre de partenaires
 - La pratique de douches vaginales : détruisent l'écosystème
 - Type de contraception : les œstroprogestatifs diminuent le risque d'infection
 - Pose d'un stérilet : révèle une infection latente dans la 1ère semaine après la pose
 - L'usage de préservatifs et de produits spermicides diminuent le risque.
- Antécédents de MST ou de salpingite chez 1/3 des patientes.
Plus de la moitié des femmes qui ont eu une salpingite récidivent dans l'année.

3) LES GERMES RESPONSABLES

a) Le principal est le Chlamydia

Cause de formes frustes : c'est un germe qui a un cycle.

Responsable de plus d'une salpingite sur deux.

Décelé seulement sur 31% des

Pic de fréquence entre 15 et 19 ans.

b) Gonocoque

c) Mycoplasme (Mycoplasma hominis)

d) Uréaplasma (Ureaplasma)

e) Agents microbiens endogènes

- Pose de stérilet
- Pose de bougies pour écarter le col avant une IVG

Streptocoque B (Escherichia coli)

4) PATHOGENESE DE L'INFECTION

a) Voie canalaire ascendant

Les germes passent à travers la paroi de la cavité utérine : voie canalaire ascendante.

b) Voie lymphatique

Entre autres, en cas d'ingestion buccale

c) Par le col utérin

Rôle des microlésions

d) Par le myomètre

Muscle utérin, lors du coït.

e) Par les spermatozoïdes

Ils accompagnent les agents infectieux.

f) Par les menstruations

Vont réveiller le risque d'infection.

Les salpingites les plus fréquemment rencontrées sont liées aux MST : salpingites exogènes.

Elles peuvent être iatrogènes : pose de stérilet, IVG, hystérogaphie.

Salpingites secondaires : appendicite, césarienne, péritonite (chirurgie du petit bassin).

B - DIAGNOSTIC CLINIQUE

1) FORME AIGÜE

a) Forme typique

Jeune femme de 25 ans, non mariée, qui présente des douleurs pelviennes violentes, ayant commencé avec le début ou la fin des règles.

- Fièvre très élevée
- Leucorrhées purulentes (puriformes) mêlées de sang (métrorragie)

b) Examen

- Questionnaire sur le changement de partenaire
- Recherche de signes d'accompagnement urinaires
- Examen pharyngé
- Examen rectal

c) Signes

Défense abdomino-pelvienne à la pression : ventre qui se contracte.

Examen au spéculum :

- Muqueuse inflammatoire
- Écoulement mucopurulent avec présence de sang

Toucher vaginal douloureux.

Altération de l'état général :

- Anorexie
- Asthénie

2) FORMES TROMPEUSES, FRUSTRES

Le gonocoque a un cycle de 3 jours.

Le Chlamydia un cycle de 15 jours.

Douleurs ou lourdeurs pelviennes, souvent unilatérales.

Douleurs appendiculaires (qui miment l'appendicite).

Fébricule.

Formes décapitées par les antibiotiques.

C - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) NFS

Syndrome inflammatoire biologique.

b) Prélèvements

- Vaginal
- Rectal
- Glandes vulvaires
- Pharynx
- Leucorrhées
- Sérologie à la recherche du Chlamydia : Ig A, Ig M

c) Échographie vaginale.

- Épanchement au niveau du cul de sac de Douglas
- Tuméfaction d'un ovaire ou d'une trompe que l'on voit épaissir

d) Cœlioscopie en urgence

Trompes très inflammatoires : rouges, œdématisées, épaissies.
Baignent dans du liquide purulent.
Présence éventuelle d'adhérences.
En fonction des atteintes, on va classer les salpingites en 3 stades :

- Léger
- Modéré
- Sévère

Le pronostic de stérilité dépend de la gravité.

C - TRAITEMENT

1) CHIRURGICAL : CŒLIOCHIRURGIE

À un stade sévère :

- Incision des trompes
- Mise à plat des abcès
- Drainage chirurgical
- Aspiration

On fait un prélèvement.

Peut déboucher sur une laparotomie : ouverture de l'abdomen.

2) TRAITEMENT MEDICAL

a) Antibiothérapie

Deux protocoles :

■ Protocole classique : trithérapie. Traitement antibiotique par voie intraveineuse.

- Aminopénicilline en IV (6 à 12 g par 24 h)
- Aminosides
- Métronidazole : FLAGYL (2 g/j en IV)

Pendant 10 jours.

Puis relais par Cycline pendant 21 jours.

■ Protocole plus récent

- Ofloxacine : 400 mg/jour ou en IV
- Amoxicilline : CLAMOXYL
- Acide clavulanique

Les deux derniers sont regroupés dans l'AUGMENTIN.

Traitement pendant 10 jours en IV.

Relais per os pendant 21 jours.

b) Moyens associés

- Repos : arrêt de travail
- Abstinence sexuelle
- Retrait du stérilet
- Contraception orale : pilule
- Anti-inflammatoires (antalgiques)

D - SALPINGITE ET STÉRILITÉ

Première cause de stérilité en France.

Après un premier épisode de salpingite, une femme sur 8 entre 15 et 25 ans, et une femme sur 4 entre 25 et 34 ans sont stériles.

La stérilité est estimée entre 20 et 40% des salpingites.

Le risque d'infertilité post-salpingite dépend :

- Du nombre d'épisodes de salpingite
- De la sévérité du tableau
- De l'étiologie : plus grave dans les infections par le Chlamydia