

LES INFECTIONS GENITALES BASSES

> L'examen clinique.

- L'interrogatoire :

La femme consulte pour des **leucorrhées** (physiologique, pathologique) ; demander la date d'apparition, la couleur, l'odeur, l'abondance.

Si perte avec **prurit = mycose**.

Si apparition **post-coïtal = MST**.

Si début de **grossesse = pertes physiologiques**.

Demander si le partenaire a aussi les symptômes d'une infection.

- L'examen clinique :

Inspection de la *vulve* : rougeur, lésion de grattage.

Examen au *speculum* : aspect des pertes, couleur, quantité.

Le *toucher vaginal* : douleur associée à la mobilisation de l'utérus et des annexes.

Il est possible de réaliser un examen au *microscope* : pour les trichomonas on utilise le test à la potasse à 5 %.

> Les examens complémentaires.

On fait des recherches spécifiques pour les chlamydiae et les gonocoques.

> Les vulvo-vaginites.

~ **Mycosiques :**

Premier motif de consultation en gynécologie, en France.

L'agent pathogène responsable est le *Candida albicans* dans **85 %** des cas. Ces mycoses sont à l'origine de vulvites, généralement accompagnées de vaginites.

Souvent dues à des traitements, des grossesses, du diabète, des terrains immuno-déprimés.

Clinique = leucorrhées blanchâtres et grumeleuses, aspect de lait caillé ; accompagné de prurits ; vulve rouge et oedemaciée.

Au speculum = on observe la paroi du *vagin* : muqueuse rouge, recouverte d'un enduit blanchâtre.

Traitement = local : on prescrit des ovules d'econazol (gyno-pévaryl LP) / myconazol (gynodactarin) / gynomyque ; de confort apaisant : savon (gyn-hydralin / saforelle), pommade anti-mycosique locale.

Certaines femmes font des **récidives** : donc traitement per os = dactarin 8

comprimés / jour pendant 8 jours.
Conseiller des savons alcalins, pas de gels douche.

~ **A trichomonas** (= cellule ovulaire mobile avec un flagelle et une membrane ondulante) :
Demander la recherche d'autres MST.

Clinique = vulve rouge, leucorrhées : abondante, verdâtre, mousseuse, spermeuse, nauséabonde.

Faire un test à la potasse, au microscope.

Traitement = local : ovule de métronidazole pendant 15 jours ; traiter le partenaire ; pour les 2 : traitement général = 2 grammes de métronidazole en 1 prise ; faire toilette avec un savon acide.

~ **A mycoplasme** :

Les mycoplasmes sont des *bactéries*.

Infection **asymptomatique**, le femme consulte pour des leucorrhées banales.

Mettre les *leucorrhées en culture* (il existe des kits pour mycoplasmes) ; *séro-diagnostic*.

C'est une **infection grave, latente**.

Traitement = antibiotiques : cyclines.

~ **A chlamydiae** :

Asymptomatique ; faire un *séro-diagnostic* (dosage sanguin des immunoglobulines).

Maladie responsable de stérilité tubaire.

Traitement = **zythromax** per os en 1 prises.

~ **Microbiennes** :

- Gonocoque =

Cette infection est souvent associée à une infection génitale haute ; elle donne des salpingite, de l'endométrite.

Clinique = perte jaunes ou verdâtres, purulentes ; parfois signes d'utérite.

Examen au speculum = muqueuse vaginale rouge, saignante ; cervicite (souvent avec du pus provenant de la cavité).

Examen direct = il est possible de trouver un diplocoque, gram-.

Traitement = 5 jours de pénicilline / macrolide et traitement du partenaire.

- Gardnerella vaginalis =

C'est un hôte normal du vagin, il devient pathogène lorsqu'il est associé à des germes anaérobie.

Clinique = leucorrhées abondante, grisâtre, mauvaise odeur ; associé à une vulvite.

Examen = mise en culture ou test à la potasse.

Traitement = on donne des ovules : 1 par jour pendant 7 jours + traitement per os (metrodinazole : 2 grammes par jour pendant 7 jours ; ou amoxicilline) / traitement du partenaire per os.

- Les germes banaux =
Escherichia coli, streptocoque B, staphylocoque, protéus.
Il faut demander un antibiogramme.

➤ Les cervicites.

~ *Aiguës*:

Clinique = leucorrhées purulentes.

Au speculum = col congestif, oedemacié ; associé à une vulvo-vaginite.

Toucher vaginal = utérus sensible et douloureux à la mobilisation ; il est nécessaire d'effectuer un prélèvement vaginal pour identifier le germe en cause.

Traitement = antibiotiques par voie générale (pour ne pas avoir d'affection ascendante).

~ *Chroniques* :

Cervicites aiguës récidivantes ; même clinique ; **traitement sur 21 jours.**

➤ Les endométrites.

Elles succèdent souvent à des cervicites, et sont plus fréquentes au moment du post- partum et du post-avortum.

Clinique = fièvre, douleurs hypogastrique, leucorrhées purulentes avec une odeur nauséabonde.

Examen = douleur à la mobilisation utérine.

Traitement = général ; adapté à l'antibiogramme (antibiotiques pendant 5 à 8 jours).

➤ Les infections basses avec ulcération.

Syphilis, herpès.

Interrogatoire important = on recherche les circonstances de survenue ; des antécédent d'ulcération.

Signes = perte d'intégrité (vulve / muqueuse vaginale).

Clinique = adénopathies.

- *La syphilis* =

Treponeme pâle.

Maladie à **déclaration obligatoire.**

Lésion = ulcérations superficielles non douloureuses, limites nettes, petites bordures indurées.

Adénopathies (plie de l'aîne).

Sans traitement = disparition (= syphilis primaire) / mais après 6 à 10 semaines : apparition de lésions cutanées sur le tronc, puis tâches saillantes sur les mains et les pieds, enduit blanchâtre au niveau de la bouche et de l'anus (= syphilis secondaire) / organes atteints (= syphilis tertiaire).

Examen sanguin = VDRL et TPHA.

Traitement = antibiotiques.

- L'herpès =

Clinique = vésicules ; prélever l'intérieur avec un kit à herpès.

Examen = sero-diagnostic, demander la recherche d'**HSV** (= Herpès Simplex Virus) / il existe l'HSV de type I et l'HSV de type II (= même groupe de virus que la varicelle).

Attention = risque obstétrical, au passage de l'enfant ; les vésicules sont hautement transmissibles. Quand herpès vaginal ou vulvaire = **césarienne**.

Guérison = spontanée en 3 semaines.

Récidives = rythme variable ; toujours au même endroit ; importance des conseils de prévention.

Traitement = valaciclovir : 2 comprimés par jour pendant 10 jours ; si récidives : 2 comprimés par jour pendant 5 jours.

LES INFECTIONS GENITALES HAUTES

➤ Les salpingites.

~ **Définition** =

C'est l'infection d'une ou des deux trompes ; infection aiguë ou chronique.

~ **Causes** =

Infection ascendante (= infection basse qui remonte).

~ **Mode de contamination** :

MST, contamination iatrogène.

On trouve souvent des salpingites après une IVG, une hystérocopie, une pause de stérilet.

~ **Germes en causes** =

Chlamydia (50 %), neisseria gonorrhoea, mycoplasme.

~ **Clinique** =

Salpingite aiguë : fièvre élevée, douleurs pelvienne, leucorrhées, altération de l'état général, nausées, troubles du transit, dysurie.

~ **Examen gynécologique** =

A la palpation : douleurs.

Au speculum : leucorrhées, métrorragies.

Toucher vaginal : douleurs vives à la mobilisation utérine ; cul de sac de Douglas empâté (on sent une masse).

~ **Diagnostic** =

Biologie : hyperleucocytose, VS et PCR sont augmentés.

Sero-diagnostic : recherche HIV, chlamydiae, mycoplasme, hépatites B et C / TPHA et VDRL (pour recherche de la syphilis).

Prélèvement vaginal et ECBU.

Echographie à ultra-sons par voie vaginale : épanchement péritonéal, pyosalpinx, hydrosalpinx.

Pour confirmer le diagnostic : on fait une *coelioscopie*.

~ **Traitement** =

Antibiotiques à large spectre (pour couvrir le plus de germes possible) par voie parentérale (IV).

3 antibiotiques en association : augmentin, vibramycine et oflocet (à injecter les uns après les autres).

Si salpingite sévère : méfoxin + vibramycine ou clindamycine + nétromicine.

Traitement long : au minimum 3 semaines (48 heures en IV puis relais per os) ; association avec des *AINS* et des *oestroprogestatifs* (appareil génital au repos).

Nécessité de *traiter le partenaire*.

Parfois, lors de *pyosalpinx* : *coelioscopie opératoire* (lavage abondant : sérum physiologique + antibiotiques).

~ *Formes cliniques* =

- **Formes frustres** : asymptomatique (seulement des douleurs pelviennes).
- **Formes frustres, à type digestif** : colite ; le diagnostic se fait lors de l'échographie.
- **Formes graves** : septique, avec tableau de pelvi-péritonite (souvent dû au gonocoque).
- **Formes pseudo-appendiculaire** : fait penser à une appendicite.

~ *Evolution* =

- **Guérison**.
- Vers la **salpingite chronique** : parfois lors d'un traitement insuffisant ou ré-infestation par un partenaire non traité.
- Vers la **pelvi-péritonite** : lorsque le pyosalpinx se rompt et libère le pus dans la cavité péritonéale.
- Vers un **abcès de l'ovaire**.
- Vers une **infertilité tubaire** (c'est le cas d'environ 20 % des femmes ayant eu une salpingite) : adhérences et hydrosalpinx fragilise le tube de la trompe.
- Vers un **risque de grossesse extra-utérine**.
- **Séquelles douloureuses** : adhérences pelviennes (traiter par coelioscopie chirurgicale), dystrophie ovarienne.

~ *Prévention* =

- Rapports sexuels protégés durant la durée du traitement, ou si le partenaire ne veut pas se soigner.
- Faire le diagnostic et le traitement de *cervicite* et de *vaginite*.
- Ne pas oublier le traitement du partenaire.
- Être aseptique lors des gestes endo-utérin (sondage urinaire, pause de stérilet, ...).
- Désinfection des voies basses avant tout traitement.