



<b>MATERNITE</b>		Procédure n° : <b>GYN 0003</b>
<i>Responsables : Dr NIRO, gynécologue, Dr THERBY, infectiologue</i>	<i>Validation : Dr A. GREDER BELAN, présidente de la Commission des anti-infectieux Le 03/12/2012</i>	<i>Version : 1 Mise à jour : Date de création : 4/5/2012</i>
<i>Approbateurs : Dr P. PANEL, chef de service Gynécologie Obstétrique, Dr PANGON, microbiologiste</i>	<i>signature</i>	<i>Liste de diffusion : GYNECOLOGIE, site Intranet</i>
<b>Prise en charge des Infections Génitales Hautes</b>		

## 1. Signes cliniques

### **Signes fonctionnels :**

- algies pelviennes
- leucorrhées anormales / métrorragies
- dyspareunie
- SF urinaires
- fièvre

### **Signes organiques :**

- cervicite
- douleur à la mobilisation utérine
- douleur / masse latéro-utérine

### **Interrogatoire**

- Antécédent d'IST
- Contexte de post partum, post abortum, manœuvre endo utérine récente
- Métrorragies

**NB : formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques = 70-75 %**

## 2. Bilan complémentaire

### **Prélèvements cervico-vaginaux** (après nettoyage de la glaire cervicale +++)

- **2 écouvillons dans le cul de sac vaginal**
- **2 écouvillons dans l'endocol**
- **+ 1 écouvillon spécifique dans l'endocol pour PCR *Chlamydia* et gonocoque**  
(milieu de transport associé)
- **si DIU en place : ablation et envoi en bactériologie**
- en cas de doute diagnostique : discuter **biopsie endométriale**

## **Bilan biologique**

- Hémocultures si T ≥38,5°C et/ou frissons
- NFS, CRP
- βhCG de principe
- Sérologies VIH (après information de la patiente), VHB, VHC, TPHA/VDRL

**NB : hyperleucytose et syndrome inflammatoire inconstants**

## **3. Echographie pelvienne systématique**

### **Signes spécifiques :**

- Epaissement pariétal tubaire sup 5mm
- Ou signe de la roue dentée
- Ou masse hétérogène intra utérine +/- cloisonnée avec de fins échos
- Hyperhémie au doppler

⇒ En cas de **doute** diagnostique : **TDM abdopelvien injecté**

**Diagnostic différentiel** : pyélonéphrite aiguë, appendicite aiguë, cholécystite aiguë, GEU, torsion d'annexe, endométriose ...

## **4. Prise en charge thérapeutique (cf arbre décisionnel)**

### **Critères d'hospitalisation :**

- **IGH compliquée :**
  - abcès pelvien, pelvipéritonite, périhépatite
  - sepsis sévère ou choc
  - formes récidivantes
- **Troubles digestifs** (nausées, vomissements)
- **Echec ou impossibilité du traitement ambulatoire**
- **Incertitude diagnostique**
- **Patientes adolescentes**
- **Immunodépression**

### **Antibiothérapie** (cf tableau)

- Triple antibiothérapie active sur *Chlamydia Trachomatis*, gonocoque, *Mycoplasma*, streptocoques, entérobactéries et anaérobies
- A débuter **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

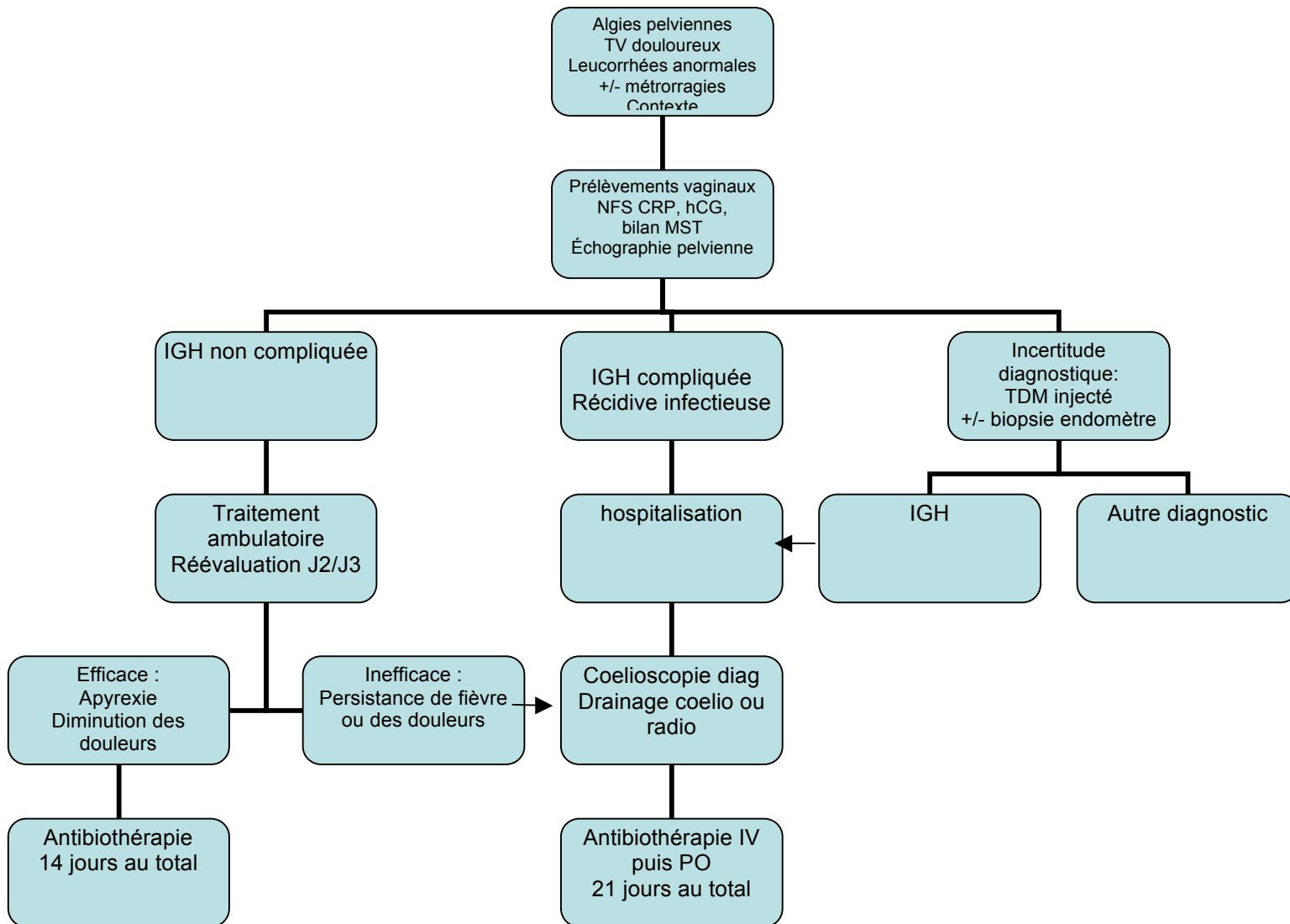
## Coelioscopie diagnostique

Les prélèvements per opératoires doivent être réalisés :

- Dans des **seringues bouchées** (pour milieu standard)
- Dans des flacons d'**hémocultures anaérobie** (en priorité) **et aérobie** (si prélèvement suffisant)

<b>SALPINGITE NON COMPLIQUEE</b>  <b><u>Traitement ambulatoire</u></b> <b>ATB PO</b>	<b>SALPINGITE COMPLIQUEE</b>  <b><u>Hospitalisation</u></b> <b>Drainage des abcès tubo ovariens</b> <b>ATB IV</b>
<b>Ceftriaxone 1g injection unique IM</b> + <b>Métronidazole 500 mg x2 /j PO</b> + <b>Doxycycline 100 mg x2 /j PO</b>	<b>Ceftriaxone 1g/ jr IV</b> + <b>Métronidazole 500 mg x 3 /j PO</b> + <b>Doxycycline 100 mg x 2 /j PO</b>
<u>En cas d'allergie aux <math>\beta</math>lactamines :</u>	<u>En cas d'allergie aux <math>\beta</math>lactamines :</u>
<b>Ciprofloxacin 500 mg prise unique</b> <b>PO</b> + <b>Métronidazole 500 mg x 2 /j PO</b> + <b>Doxycycline 100 mg x2 /j PO</b>	<b>Ciprofloxacin 500 mg x2/ jr PO</b> + <b>Métronidazole 500 mg x 3 /j PO</b> + <b>Doxycycline 100 mg x 2 /j PO</b>
<b>Durée totale : 14 jours</b>	<b>Durée totale : 21 jours</b>
<b>Ré évaluation de l'antibiothérapie à 48-72h +++ :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>adaptation aux résultats microbiologiques</b></li><li>- <b>relais PO</b> dès l'amélioration clinico-biologique, en l'absence de troubles digestifs</li></ul>	
<b>En l'absence de documentation microbiologique :</b> poursuivre le traitement PO par <b>Métronidazole</b> et <b>Doxycycline</b>	
NB : CI cyclines en cas de grossesse, allaitement, photosensibilité	

## Arbre décisionnel



## 4. Suivi 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 (des) partenaire(s) :

- Bilan d'IST : premier jet d'urine (PCR *Chlamydia* et gonocoque), sérologies VIH (après information du patient), TPHA/VDRL, VHB, VHC
- Traitement monodose : **Azithromycine 1g per os + Ceftriaxone 1g IM**

### Information de la patiente :

- **Sur les risques de séquelles :**
  - o infertilité (liée à l'atteinte tubaire bilatérale, imprévisible et sans lien avec la gravité du tableau initial)
  - o GEU (risque majoré)
  - o douleurs pelviennes chroniques
- **Conseils de prévention / préservatifs, contraception ...**

**NB : Faire figurer tous les résultats des examens complémentaires (sérologies, prélèvements, imagerie) dans les CRH**

<b>MATERNITE</b>		Procédure n° : <b>GYN 0003</b>
<i>Responsables : Dr NIRO, gynécologue, Dr THERBY, infectiologue</i>  <i>Approbateurs : Dr P. PANEL, chef de service Gynécologie Obstétrique, Dr PANGON, microbiologiste</i> <i>signature</i>	<i>Validation : Dr A. GREDER BELAN, présidente de la Commission des anti-infectieux</i> <i>Le 03/12/2012</i>  <i>signature</i>	<i>Version : 1</i> <i>Mise à jour :</i> <i>Date de création : 4/5/2012</i>
		<i>Liste de diffusion : GYNECOLOGIE, site Intranet</i>
<b>Prise en charge des Endométrites du post-partum</b>		

## Diagnostic

### Signes cliniques

- hyperthermie
- algies pelviennes
- lochies ou leucorrhées ou métrorragies anormales
- douleur à la mobilisation utérine

### Signes échographiques :

- rechercher **signes de rétention +++**
- éliminer **collection annexielle associée**

## Prise en charge thérapeutique

### 1. Hospitalisation

### 2. Bilan initial

- **prélèvements génitaux systématiques**
- **ECBU**
- **NFS, CRP, HCG** (en post-abortum)
- **Hémocultures** si T  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  ou frissons
- **CYTOTEC : 1 cpx3/jour pendant 24h**

### 3. Antibiothérapie de première intention (avant chirurgie ++)

- ATB **parentérale probabiliste**, secondairement adaptée aux résultats
- Agents pathogènes : streptocoques, anaérobies, entérocoque, entérobactéries

ENDOMETRITE NON COMPLIQUEE	ENDOMETRITE COMPLIQUEE d'abcès tubaire
<p data-bbox="225 600 738 712"><b>Amoxicilline – acide clavulanique</b> <b>1g x3 IV</b></p> <p data-bbox="151 860 647 893"><u>En cas d'allergie aux <math>\beta</math>lactamines :</u></p> <p data-bbox="240 931 722 1043"><b>Clindamycine 600mg x 3-4 /jr IV</b> <b>+</b> <b>Gentamicine 4-6mg/kg x1 /jr IV</b></p> <p data-bbox="151 1155 751 1223">NB : CI Clindamycine en cas d'allaitement : posologie 600mgx4 si poids &gt; 80kg</p>	<p data-bbox="951 600 1426 786"><b>Ceftriaxone 1g/ jr IV</b> <b>+</b> <b>Métronidazole 500 mg x 3 /j PO</b> <b>+</b> <b>Doxycycline 100 mg x 2 /j PO</b></p> <p data-bbox="839 860 1335 893"><u>En cas d'allergie aux <math>\beta</math>lactamines :</u></p> <p data-bbox="943 931 1430 1117"><b>Ciprofloxacin 500 mg x2/ jr PO</b> <b>+</b> <b>Métronidazole 500 mg x 3 /j PO</b> <b>+</b> <b>Doxycycline 100 mg x 2 /j PO</b></p> <p data-bbox="839 1155 1382 1223">NB : CI cyclines en cas de grossesse, allaitement, photosensibilité</p>
<p data-bbox="197 1339 890 1373"><b>Ré évaluation de l'antibiothérapie à 48h +++ :</b></p> <ul data-bbox="197 1377 1394 1444" style="list-style-type: none"><li>- adaptation selon <b>résultats microbiologiques</b></li><li>- <b>relais PO</b> dès l'amélioration clinico biologique, en l'absence de troubles digestifs</li></ul> <p data-bbox="197 1485 536 1518"><b>Durée totale : 14 jours</b></p>	

### 4. Thrombophlébite pelvienne

- A rechercher si **douleur pelvienne persistante** par TDM abdopelvien injecté
- **Traitement initial : héparinothérapie à dose hypocoagulante** associée à l'antibiothérapie pour une **durée minimale de 7 à 14 jours**
- La poursuite du traitement et le recours à un relais par AVK devront être évalués en fonction de la localisation du thrombus et de son extension (veine cave inférieure, embolie pulmonaire) et éventuellement de sa persistance

## **5. Geste chirurgical (après 6 à 24h d'antibiothérapie +++)**

- Si suspicion de **rétenction trophoblastique ou collection annexielle**
- **Après avis du chef de garde** et toujours en sa présence
- **Aspiration douce échoguidée** ou **hystéroscopie** (risque de perforation +++)
- **Coelioscopie** si abcès tubaire

## **Références**

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010, Prepared by Kimberly A. Workowski, MD<sup>1,2</sup> Stuart Berman, MD<sup>1</sup> 1Division of STD Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention 2Emory University, Atlanta, Georgia

Pelvic inflammatory diseases. P.G. Judlin \*, O. Thiebaugeorges, Gynecologie Obstetrique & Fertilité 37 (2009) 172-182

Prise en charge des infections du post-partum. C. Lamy, S. Zuily b,c, E. Perdrille a, E. Gauchotte, S. Villeroy-de-Galhau, M.-O. Delaporte, D. Wahlb,c, O. Morela, P. Judlina J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012

Recommandations pour la pratique clinique : les infections génitales hautes. Collège national des gynécologues et obstétriciens français 2012.