

SALPINGITE

INTRODUCTION

- La salpingite correspond à une infection tubaire secondaire
- résulte habituellement d'une contamination par voie ascendante à partir d'une endocervicite. C'est Une infection génitale haute (IGH)
- Les pathogènes peuvent être sexuellement transmis, comme « *Chlamydia trachomatis* », ou être issus de la flore vaginale (entérobactéries, anaérobies...).
- La particularité des tableaux cliniques est le paucisymptomatique ;

PRINCIPAUX PATHOGENES EN CAUSE ET MODE DE CONTAMINATION

A-Germes transmis sexuellement

- *Chlamydia trachomatis* (60%)
- *Gonocoque* (5-10%): *Neisseria gonorrhoeæ*
- *Mycoplasmes* : *Mycoplasma hominis*, *Ureoplasma urealyticum* et *Mycoplasma genitalium* (5 à 20%)

B- la vaginose bactérienne: « vaginite à *Gardnerella* » est un déséquilibre de la flore vaginale

C- Germes issus de la flore génitale commensale

D Les principaux germes banals retrouvés dans les salpingites sont :

- les entérobactéries, ; *Proteus* et *Klebsiella*
- les streptocoques
- les staphylocoques
- les bactéries anaérobies :.

E-Association entre infection à VIH et IGH:



DIAGNOSTIC POSITIF

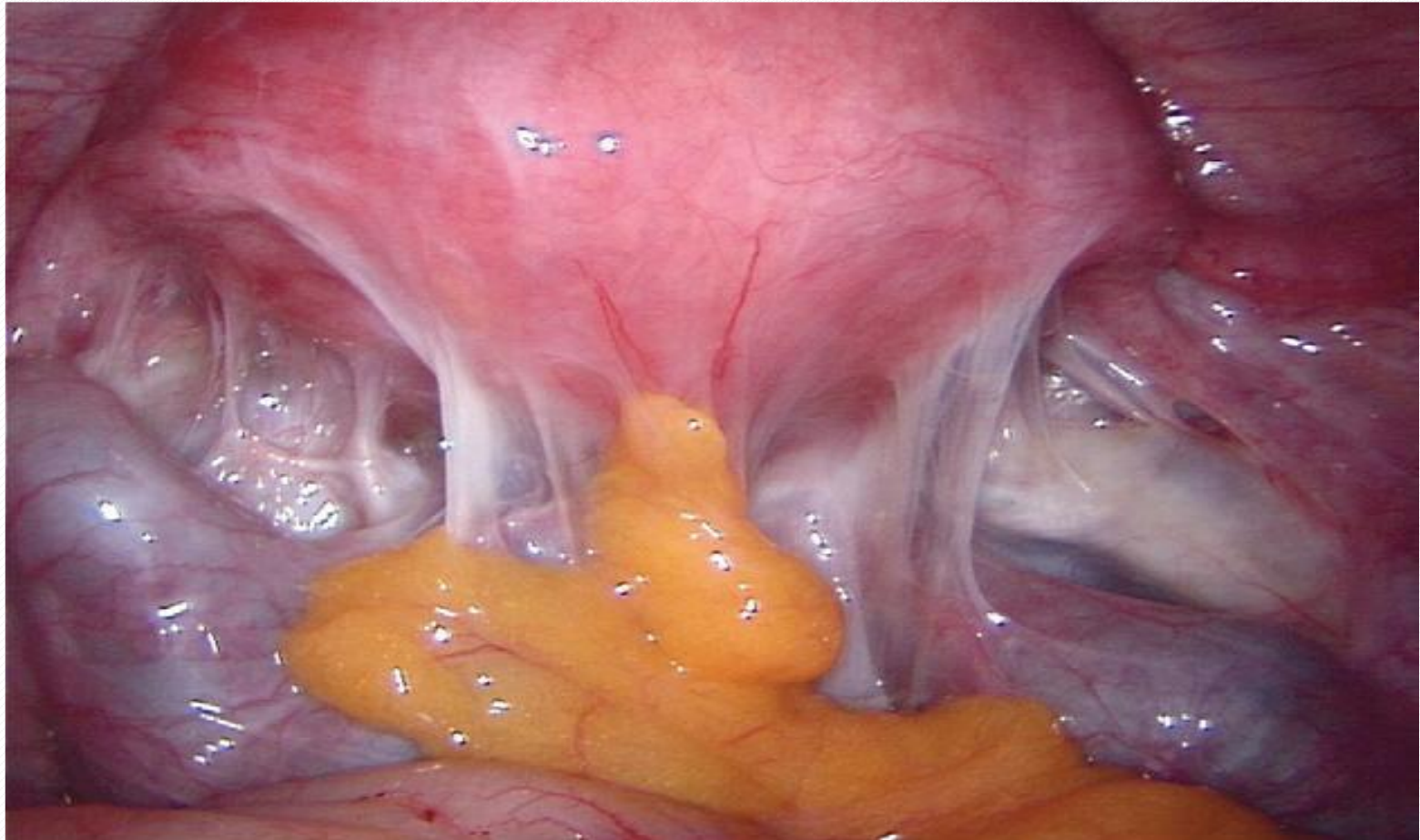


Interrogatoire

- les antécédents génitaux, en particulier histoire d'IST, d'infection génitale basse ou haute ;
- les conditions de vie et d'activité sexuelle : existence d'un partenaire stable ou changements fréquents, voire partenaires multiples. Urétrite chez le partenaire... ;
- le mode de contraception ;
- l'existence d'un éventuel facteur favorisant : pose récente de (DIU), geste ou exploration endoutérine

Signes fonctionnels

- **Douleurs pelviennes :**
 - uni- ou bilatérales,
 - volontiers aggravées en fin de journée,
 - par les rapports sexuels ou par l'effort physique.
- **Douleurs de l'hypocondre droit :** Elles signent l'existence d'un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.
- **Pertes d'origine utérine :** leucorrhées , pyométrie.



Examen clinique

- ***A l'inspection*** : Inflammation vulvo vaginale, du méat urétral et glandes vulvaires (Skène et Bartholin), Écoulement purulent et/ou sanglant.
- ****Au spéculum*** : on constate souvent l'existence d'une cervicite.
- ****Le toucher vaginal*** va rechercher des douleurs provoquées par
 - ✓ la mobilisation cervicale
 - ✓ la palpation utérine ;
 - ✓ la palpation annexielle
- ****L'état général*** est conservé.

Une fièvre > à 38,5 °C doit faire rechercher une forme compliquée (abcès pelvien, péritonite)

Examens complémentaires

1-Examens microbiologiques :

- Ils sont indispensables.
 - les germes banals et *N. gonorrhoeæ*, sur écouvillons ;
 - *C. trachomatis* : les techniques modernes d'amplification génique
-PCR
 - en cas d'infection survenue sous DIU, le dispositif est ôté et mis en culture.
 - la *culdocentèse*,
 - les *prélèvements percoelioscopiques* sont plus intéressants. Ils seront multiples : aspiration du liquide du cul-de-sac de Douglas,
 - Des prélèvements au niveau vulvaire ou urétral peuvent éventuellement être réalisés pour chercher une MST associée

2-Autres examens complémentaires non invasifs

a-Bilans sérologiques

Sérologies de « Chlamydia trachomatis »

Autres sérologies

L'étude sérologique des autres maladies IST (VIH, hépatites...) .

b-Bilan inflammatoire sanguin

NFS pour rechercher une hyperleucocytose,

La vitesse de sédimentation et **CRP**

β HCG pour éliminer une GEU,

Échographie pelvienne et échodoppler

- pour éliminer une autre pathologie ou, dans le cadre des infections utéroannexielles,
- les images caractéristiques :
 - épaissement pariétal tubaire
 - et présence de liquide dans la trompe

Cœlioscopie:

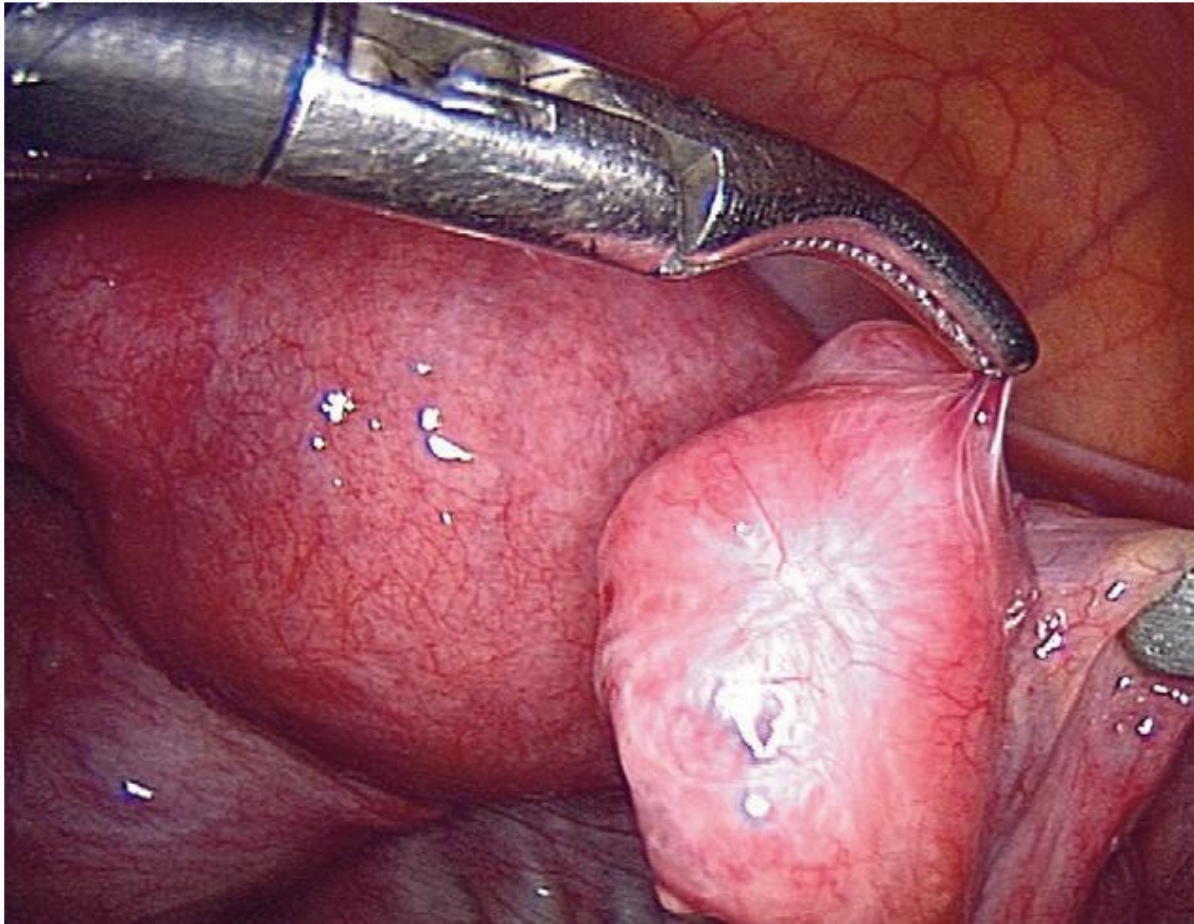
➤ ***diagnostiques :***

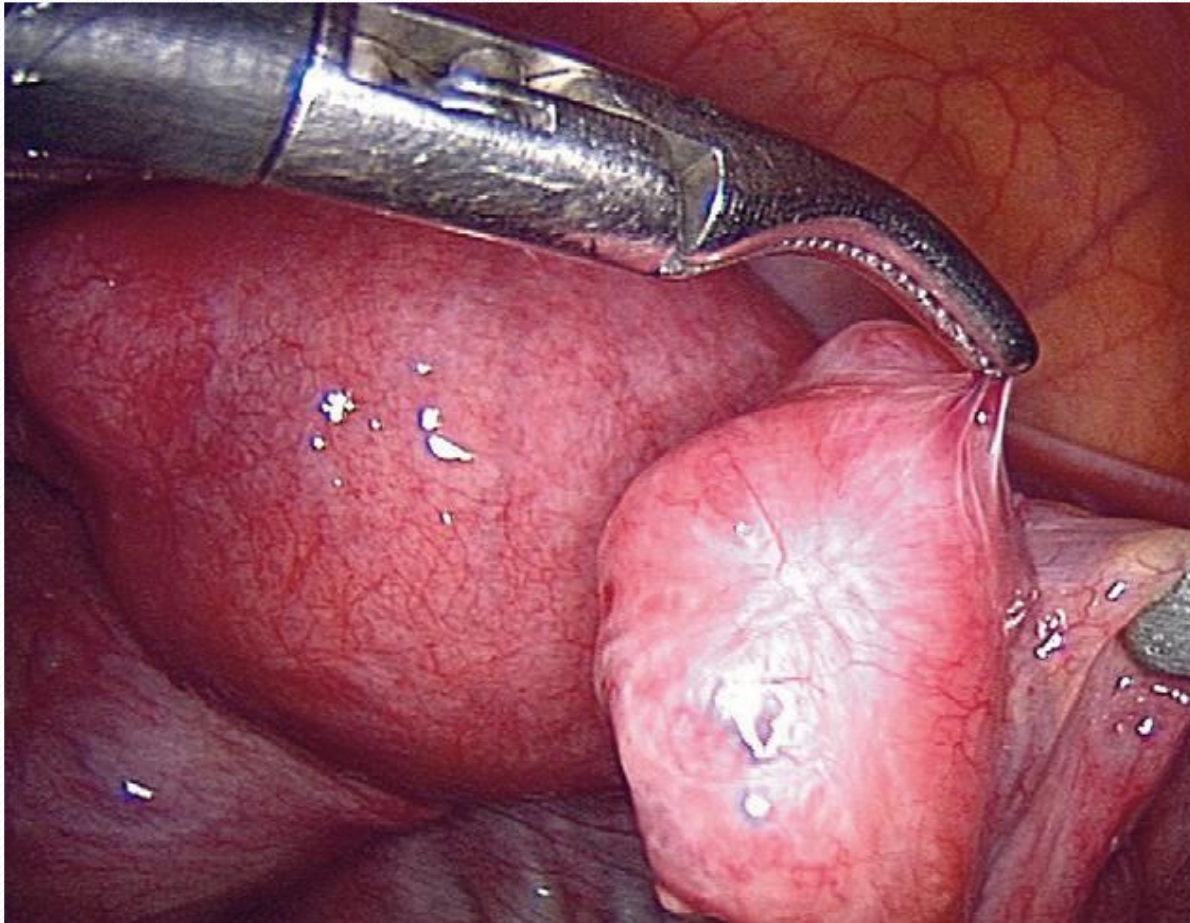
- ✓ les formes catarrhales,
- ✓ où l'œdème tubaire
- ✓ et l'inflammation pelvienne dominant,
- ✓ des formes adhésives et, plus graves, suppurées ;
- ✓ l'examen de la région sus-hépatique : syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ;

➤ ***bactériologiques :***

➤ ***pronostiques***

➤ ***Thérapeutiques :***





ÉVOLUTION

1-Guérison avec ou sans séquelles

2-Complications aiguës

- Abscès pelviens : *Pyosalpinx*, *abcès ovariens* ou *abcès du Douglas*
- Pelvipéritonite
- Thrombophlébite pelvienne

3-Passage à la chronicité:

4-Conséquences des lésions séquellaires pelviennes:

- Infertilité
- GEU
- Douleurs pelviennes chroniques



TRAITEMENT

Prise en charge ambulatoire :

Principales molécules utilisables

1-Dérivés de la pénicilline

L'amoxicilline associée à *l'acide clavulanique*
(*Augmentin*[®], *Ciblor*[®])

L'ampicilline associée au sulbactam (*Unacim*[®]).

_les bêta lactamines, ils disposent d'une bonne diffusion dans les tissus pelviens.

2-Céphalosporines

_Les céphalosporines disposent d'une excellente diffusion dans les tissus pelviens

3-Métronidazole

4-Fluoroquinolones

l'ofloxacin (*Oflocet*[®]), *La lévofloxacin*

Aminosides

Cyclines

Macrolides et dérivés

_Macrolide C₁₄ dérivés de *l'érythromycine* (*Rulid*[®], *Claramid*[®])

_Macrolide C₁₆ tels que la *josamycine* (*Josacine*[®])

_Macrolide C₁₅ *l'azithromycine* (*Zithromax*[®])

Lincosamides et synergistines :

Clindamycine (*Dalacine*[®])

Dérivé hémisynthétique de la lincomycine, elle est active vis-à-vis de la plupart des bactéries aérobies et anaérobies, à l'exception d'*E.coli*,

Pristinamycine (*Pyostacine*[®])

Synergistine apparentée aux macrolides, elle est notamment active sur les mycoplasmes et CT, le gonocoque, les streptocoques et des anaérobies. Elle est en revanche inactive sur les entérobactéries

****Protocoles thérapeutiques (par voie orale) des infections génitales hautes non compliquées.***

- **Protocole 1** Oflocet[®] : 2 × 200 mg/j ou Tavanic[®] 500 mg/j + Métronidazole : 2 × 500 mg/j **Durée : 14j**
- **Protocole 2** Augmentin[®] ou Ciblor[®] : 1 g 3× jour + Oflocet[®] : 2 × 200 mg/j ou Tavanic[®] 500 mg/j
- **Protocole 3** Dalacine[®] 400 mg : 1 gélule 3 fois par jour + Oflocet[®] : 2 × 200 mg/j ou Tavanic[®] 500 mg/j

Salpingite compliquée : Elle nécessite un traitement en hospitalisation.

- **Protocole 1** Métronidazole : $3 \times 500 \text{ mg/j}$ + Oflocet[®] : $2 \times 200 \text{ mg/j}$ ou Tavanic[®] : 500 mg/j ± Gentamicine[®] : 2 mg/kg dose de charge puis $4,5 \text{ mg/kg/j}$
- **Protocole 2** Augmentin[®] : $4 \times 1 \text{ g/j}$ + Oflocet[®] : $2 \times 200 \text{ mg/j}$ ou Tavanic[®] : 500 mg/j
- **Protocole 3** Tazocilline[®] : $3 \times 4 \text{ g/j}$ + Oflocet[®] : $2 \times 200 \text{ mg/j}$ ou Tavanic[®] : 500 mg/j
- **Protocole 4** Claforan[®] : $4 \times 1 \text{ g/j}$ + Oflocet[®] : $2 \times 200 \text{ mg/j}$ ou Tavanic[®] : 500 mg/j + Métronidazole : $3 \times 500 \text{ mg/j}$
- **Protocole 5** Dalacine[®] : $2 \times 600 \text{ mg/j}$ + Oflocet[®] : $2 \times 200 \text{ mg/j}$ ou Tavanic[®] : 500 mg/j

Autres mesures thérapeutiques

- **Anti-inflammatoires**
- **Traitement coelochirurgical des lésions pelviennes**
- **Traitement du ou des partenaires**

_En cas de chlamydie, l'azithromycine (Zithromax Monodose[®], 1 g en une prise unique) est bien adapté.

_En cas de gonococcie : une injection intramusculaire de 250 mg de ceftriaxone.

_On conseille les rapports sexuels protégés jusqu'à la fin du suivi post-thérapeutique.

PREVENTION ET DEPISTAGE

Ils sont essentiels.

- Information sur les IST, sur l'intérêt des préservatifs.
- Dépistage et traitement précoces des infections génitales basses.
- Respect des contre indications du stérilet et des règles de pose.
- Dépistage et traitement des partenaires.
- Déclaration obligatoire si gonocoque