

Infections génitales

2022 - 2023

Dr.Serradj

Objectifs:

- Décrire les différents germes en causes des infections génitales
- Prendre en charge les infections génitales
- Prévenir les infections génitales

INFECTIONS GENITALES BASSES

Introduction – Définition

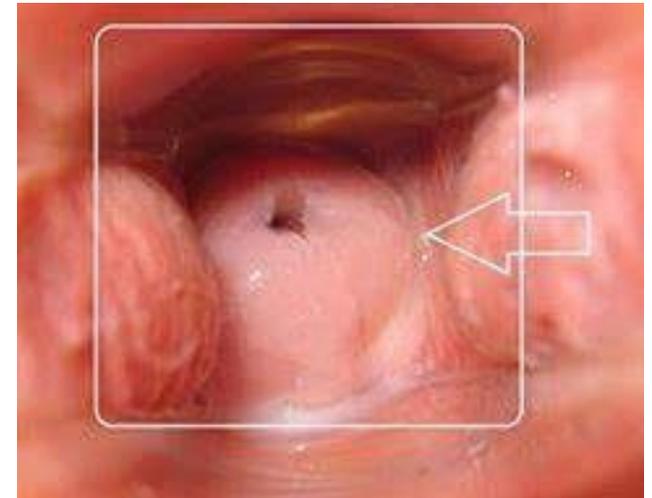
- Les infections génitales basses regroupent toute la pathologie infectieuse qui touche les voies génitales basses, c'est-à-dire: **la vulve, le vagin, le col utérin, les glandes annexes** (glandes de Bartholin et glandes de Skène).
- Responsable d'une symptomatologie souvent aiguë
- Le caractère intime de la région est à l'origine d'auto-médications fréquentes et souvent à des consultations retardées.

Leucorrhées:

Pertes vaginales , blanches ou teintées non sanglante plus ou moins abondantes, odorantes ou non, fluides ou épaisses.

- Les leucorrhées physiologiques: sont constituées de la **glair**e cervicale à laquelle **se mêlent les cellules desquamées du col et du vagin, donnant ainsi un enduit blanchâtre** ou transparent

- Les leucorrhées pathologiques: correspondent à des **écoulements vaginaux anormaux en rapport avec une infection génitale, basse ou haute.**



Flore du Normale du vagin

- **Groupe I:** Bacille doderlein ,Strepto Alpha
- **Groupe II:** Staphylo, E.Coli, Strepto B et D, Enterobactéries ,Candida ,
Mycoplasmes, Gardenerella vaginalis
- **Groupe III:** Pneumo coque , Hemophilus ,Strepto A

I - Mycose

- la plus fréquente, à l'origine de vulvo-vaginite due à une levure du genre candida dont l'espèce « **candida albicans** » est rencontrée dans 90% des cas.
- La candidose vaginale récidivante se définit par une **récurrence de ces infections ≥ 4 épisodes infectieux par an.**
- **Facteurs de risque:**
 - Hygiène vulvaire inadaptée
 - Stress
 - Rapports sexuels
 - Antibiothérapie systémique
 - Immuno depression: Grossesse – Diabète - VIH
 - Contraception par DIU

- **Clinique:**

- Prurit vaginal et vulvaire très intense "insomniant", brûlures mictionnelles et dyspareunies.

- Vulve érythémateuse, rouge vernissée, œdémateuse avec lésion de grattage.

- Au spéculum: muqueuse vaginale inflammatoire avec leucorrhée très évocatrice "blanche, grumeleuse et caillebotée"

- Examen direct: filaments mycéliens en cas de candida albicans.

- Test a la potasse 5% : positif



- **Traitement:**

- Le traitement de première intention est un traitement antifongique local par des imidazolés pendant 7 à 14 jours

- exemple: Econazole, GynoPévaryl LP, plus Pévaryl crème.

- En cas d'échec du traitement local, un traitement systémique par Ketoconazole ou Fluconazole per os.

- **Mesures d'hygiène :**

- Pas de toilette vaginale,

- Toilette vulvaire avec du savon alcalin

- Sous-vêtements en coton et larges.

II -Vaginose bactérienne:

- **Définition**

- C'est une infection génitale, relativement fréquente (15-20%), survenant en cas de déséquilibre de la **flore vaginale**.

- Le plus souvent bénigne, cependant s'avère dangereuse chez la **femme enceinte** (d'accouchements prématurés, de petits poids de naissance et d'avortements spontanés, infections).

- **Germes responsables:**

- Sont fréquemment en cause : **Gardnerella vaginalis**

Mycoplasma hominis

- Favorise le développement d'infections sexuellement transmissibles IST

- **Facteurs de risques:** « Déséquilibre de la flore vaginale »

- La précocité des relations sexuelles
- la multiplicité des partenaires sexuels
- Les douches vaginales / DIU
- L'origine ethnique chez les femmes d'origine africaine
- Le tabac



- **Clinique:**

- écoulements vaginaux abondants, fluides, gris/verdâtres et malodorants .
- *Sans signes inflammatoires ou très rarement.*
- Odeur vaginale caractéristique de « poisson avarié » après mise en contact des pertes vaginales avec quelques gouttes de potasse 10% (« sniff test »)
- pH vaginal > 4,5

- **Paraclinique:**

- Un examen bactériologique peut venir confirmer le diagnostic.

• **Traitement:**

- L'antibiothérapie : Metronidazole par voie orale pendant 7 jours / locale
- Traitements restaurateurs de la flore lactobacillaire (estrogènes, prébiotiques et probiotiques)
- Eviter les rapports sexuels ou rapports protégés pendant la durée du traitement.

• **Prévention:**

- Éviter les toilettes intimes trop fréquente et l'utilisation de tout produit de soin ;
- Changer régulièrement de serviette hygiénique ;
- Préférer un savon doux à pH neutre pour la toilette intime afin de respecter l'équilibre de la flore vaginale.

III- Infections sexuellement transmissibles (IST) :

- Les IST sont des infections provoquées par des bactéries, virus ou parasites qui peuvent être transmis par voie sexuelle.
- FDR:
 - Préciosité des rapports – multiplicité des partenaires
 - Rapports non protégés ...
- Leur prise en charge comporte des règles systématiques à respecter:
 - + Sérologies systématiques: VIH VHC VHB chlamydia et syphilis chez la patiente et son partenaire;
 - + Prélèvements locaux chez le partenaire;
 - + Traitement systématique du partenaire;
 - + Rapports sexuels protégés jusqu'à la fin du bilan et du traitement.

Chlamydia trachomatis

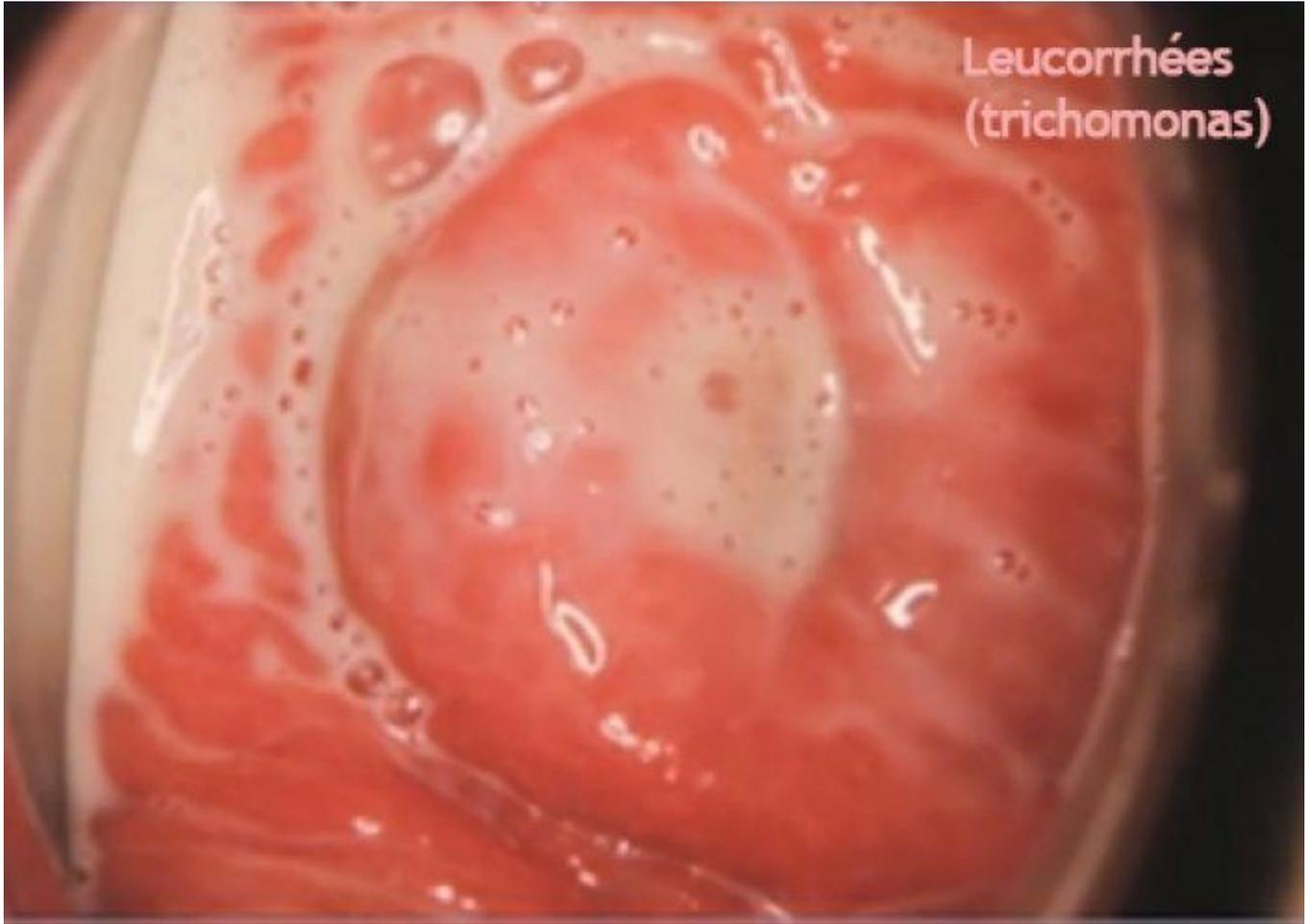
- L'infection bactérienne la plus fréquente
- **Clinique**
 - Le plus souvent **asymptomatique** ou
 - Des signes peu spécifiques: écoulement anormaux , picotements ...
 - MEV d' une cervicite lors d'un examen systematique
- **La gravité** chez la femme en âge de procréer est due au risque d'infection génitale haute asymptomatique avec risque de lésion tubaire irréversible menaçant la fertilité féminine.
- C'est un germe intracellulaire dont le diagnostic bactériologique se fait sur un frottis de l'endocol et de l'urètre avec un examen direct et mise en culture
- La recherche du Chlamydia trachomatis s'associe toujours à la recherche du gonocoque.
- **Le traitement:**
 - Macrolide en traitement monodose (azythromycine)
 - Fluoroquinolone (ofloxacine) ou cycline (doxycycline) pendant 10 jours
 - Le traitement du Chlamydia est systématiquement associé au traitement du gonocoque.

Endocervicite à Chlamydiae



Trichomonas vaginalis

- Le trichomonas est un protozoaire flagellé dont l'infection donne un tableau typique associant:
 - Leucorrhée verdâtre, moussuse, spumeuse, abondante et nauséabonde;
 - Sensation de brûlure
 - Vaginite et cervicite framboisée.
- Le PH 6 7,5
- **Le diagnostic bactériologique** du trichomonas se fait à l'examen direct des leucorrhées en mettant en évidence le protozoaire.
- **Le traitement**
Repose sur une antibiothérapie locale ou générale métronidazole en ovule pendant 10 jours ou per os en une prise.
Acidifier le milieu vaginal



Leucorrhées
(trichomonas)

Gonocoque

- Le plus souvent asymptomatique,
- Pouvant être pauci-symptomatique avec des leucorrhées **jaunâtres** non douloureuses et **purulentes**
- La notion d'urétrite chez le partenaire ou d'écoulement méatique doit faire penser au diagnostic.
- Là encore, **la gravité** de cette infection chez la femme en âge de procréer est due au risque important d'infection génitale haute compromettant la fertilité féminine
- **Le diagnostic bactériologique** se fait sur écouvillon standard du vagin, de l'endocol, de l'urètre complété par des prélèvements de l'anus ou pharyngés en cas de rapport anal ou oro-génital.

- L'examen direct montre des Cocci à Gram négatifs **en grains de café**, il est complété systématiquement par la culture et l'antibiogramme.
- La recherche du gonocoque s'associe toujours à la recherche du Chlamydia trachomatis.
- **Le traitement** repose sur l'antibiothérapie:
 - Per os par dose unique, par exemple Fluoroquinolone (ciprofloxacine) ou céphalosporine 3^{ème} génération.
 - Le traitement du gonocoque est systématiquement associé au traitement du Chlamydia Trachomatis



IV- Les infections virales:

Les infections génitales basses d'origine virale sont représentées par l'herpès génital et la condylomatose vulvaire.

1-L'herpès génital:

- C'est une infection sexuellement transmissible chronique
- due à un virus **l'herpès simplex 2** (HSV-2) dans 80% des cas
- S'accompagne fréquemment de fièvre et de fatigue
- La **primo-infection**: 1 à 3 semaines après la contamination, des symptômes apparaissent sous forme de démangeaisons et des sensations de brûlure des organes génitaux.
- Ensuite, de petites vésicules apparaissent là où se trouvaient les démangeaisons. Ces vésicules éclatent pour laisser place à de petites plaies et, rapidement, des croûtes.
- **Guerrison** spontanée en 8 jours. suivie de récurrences variables



- L'examen clinique est souvent suffisant pour faire le diagnostic +/- un prélèvement des lésions.
- Toujours rechercher la présence d'autres IST ainsi que celle d'herpès génital chez son partenaire.

Le traitement

- Se sont des **antiviraux** ACICLOVIR per os / crème
- destinés à diminuer l'intensité et la durée des symptômes
- La durée du traitement : 10 jours lors de primo-infection, 5 jours pour les crises.
- Si la fréquence des crises est telle qu'elle nuit à la qualité de vie du patient, un traitement de plusieurs mois peut être prescrit.
- +/- Des antalgiques ou des antiseptiques doux sont prescrits lors des crises.

2- Condylomatose vulvaire

- Le condylome aussi appelé "**verrue génitale**" est une manifestation physique de l'infection du virus HPV 6 et 11 sont très fréquents dans la population d'adultes jeunes.
- **Le diagnostic** se pose sur l'examen clinique

- **Traitement :**

*Les condylomes visibles sont brûlés et détruits avec de l'**azote liquide**.*

*La verrue génitale peut également être soignée par l'application de crèmes à base d'**imiquimod** qui va stimuler le système immunitaire et combattre l'infection*

*Parfois via à un **laser CO2** ou par un courant électrique par **électrocoagulation**.*



V- La bartholinite:

Est une inflammation d'origine infectieuse survenant au niveau des glandes de Bartholin.

Concerne uniquement les femmes en âge de procréer entre 20 - 30 ans

- **Causes** peut être due à : souvent « polymicrobiennes »

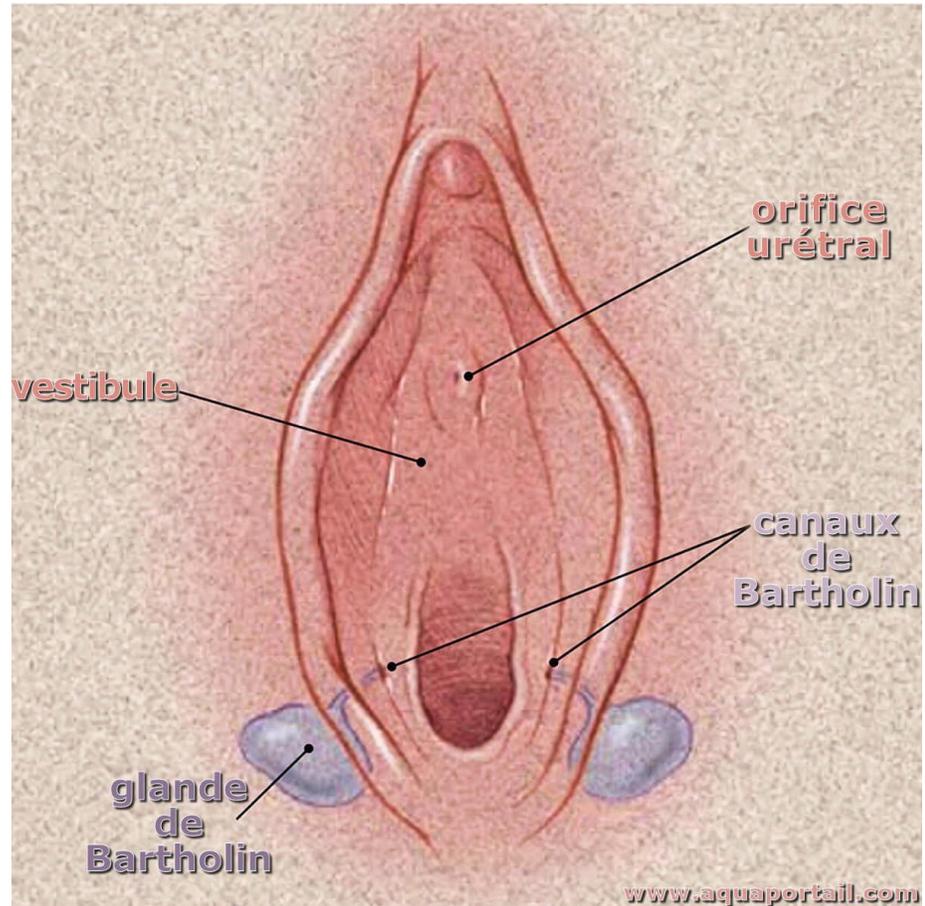
Une infection vaginale IST

Une infection digestive « Escherichia coli ».

- **Les symptômes:**

- Douleur aiguë et intense localisée dans le vagin.
- Rougeur et sensation de chaleur.
- Kyste ou abcès : Il est possible de constater une boule ferme et douloureuse .

- **Diagnostic** est clinique et un examen bactériologique va confirmer l'infection et identifier le germe.



- **Traitement:**

- En première intention, un traitement médicamenteux à base d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires.

- Secondairement , la chirurgie peut être envisagée.

- ++ L'opération chirurgicale peut consister en une marsupialisation: une incision puis un drainage .

- ++ Une exérèse : un retrait total de l'abcès ou du kyste.

- **Prevention** : celle des IST

Infections Génitales Hautes

Introduction:

- Les infections génitales hautes (IGH) regroupent les endométrites, les salpingites, les collections purulentes et les pelvipéritonites d'origine génitale.
- Ces infections peuvent être graves et source de séquelles sur la fertilité de la femme.

Facteurs de risques

- Infection sexuellement transmissibles (IST)
- Manœuvres endo-utérines
- Femme jeune
- IGB non ou mal traitée
- Notion de partenaires multiples
- Rapports sexuels non protégés
- Antécédents de salpingite

Les germes:

Les agents d'IST responsables d'IGH:

- *Chlamydia trachomatis (CT)*
- *Neisseria gonorrhoeae (NG)*
- *Mycoplasma genitalium (MG)*

Les germes pathogenes opportunistes

(*streptocoques , staphylocoques , enterocoques , enterobacteries , Escherichia coli...*)

Diagnostic

■ L'interrogatoire:

- date des dernières règles, antécédents médicaux et chirurgicaux
- les antécédents gynécologiques et obstétricaux
- Recherche de facteurs de risque

■ Signes fonctionnels:

- Douleurs hypogastriques unilatérales ou bilatérales
- Fièvre avec état général conservé,
- leucorrhées *abondantes* parfois métrorragies
- Signes urinaires : pollakiurie, *brulures* mictionnelles,
- signes d'irritation péritonéale discrets : nausées, ballonnement, constipation.

▪ ***Examen de l'abdomen :***

- Sensibilité, douleur limitée a l'hypogastre *parfois défense.*
- Pas de contracture.
- Parfois une douleur de l'hypocondre *droit dans le cadre d'une* perihépatite ou **syndrome de Fitz-Hugh-Curtis**

▪ ***Examen gynécologique :***

+ **Inspection :**

- Inflammation vulvo-vaginale, du méat urétral et glandes vulvaires Skene *et Bartholin*
- Ecoulement purulent et/ou sanglant ;

+ Au Speculum

- Leucorrhées (caractéristiques)
- Glaire cervicale *louche*,
- Col : inflammatoire ;

+ Toucher vaginal :

- Mobilisation uterine douloureuse,
- Douleur vive des cul-de-sac vaginaux latéraux,
- Parfois empatement douloureux des cul-de-sac, ou masse annexielle.

Le diagnostic clinique de salpingite est difficile

Discordance clinique ,tableau douloureux fébrile avec état general conservé

■ Examens biologiques :

- NFS (hyperleucocytose)
- VS et la CRP
- β -hCG pour éliminer une GEU : toujours
- Serologies : syphilis , Chlamydiae trachomatis , HIV, hépatite B et C.

■ Examens bactériologiques :

- Prélèvements : des culs-de-sac vaginaux, de l'endocol, de l'endometre , du méat urétral et des orifices des canaux excréteurs des glandes de Skene +/- mise en culture du DIU, +/- anus, +/- cavité buccale
- En post-partum prélèvements de lochies
- Des hémocultures *seront pratiquées si pic fébrile*
- ECBU.

■ COELIOSCOPIE

- C'est l'examen de choix pour affirmer le diagnostic et éliminer les diagnostics différentiels.

- Elle permet le plus souvent de confirmer le diagnostic, de réaliser un bilan pronostic (bilan lésionnel), de pratiquer des gestes à visée thérapeutique (lavage péritonéal, drainage d'un pyosalpinx) et de réaliser des prélèvements bactériologiques +++.

au niveau du péritoine pelvien, des pavillons tubaires, du cul-de-sac de Douglas



Diagnostic différentiel:

- Appendicite aiguë pelvienne
- Grossesse extra-utérine
- Autres algies pelviennes :
 - torsion d'annexe,
 - endométriose ,
 - pathologie* ovarienne
 - algie péri-ovulatoire et péri-menstruelle
- Pathologie hépatobiliaire

COMPLICATIONS

❖ *Les complications aiguës :*

Pelviperitonite : tableau d'abdomen chirurgical avec syndrome infectieux severe , voire **pyosalpinx** ou **abcès ovarien**.

- Le traitement est chirurgical préférentiellement par voie coelioscopique.
- En cas d'abcès du Douglas collecté, isolé, on pourra envisager un drainage par colpotomie

❖ *Les complications à moyen et long terme :*

Inflammation résiduelle avec lésions de la muqueuse tubaire
ou **adhérences** peritubo-ovariennes : facteur de risque de **GEU** (X10),
d'infertilité, de **douleurs pelviennes**

Phimosi tubaire *responsable d'infertilité et des récurrences infectieuses*

Traitement

Traitement des IGH non compliquées:

- ambulatoire
- Ceftriaxone 1 g IM 1 fois
- + doxycycline 100 mg x 2/j PO 10 jr (ofloxacine 200mg 2x jr alternative)
- + métronidazole 500 mg x 2/j PO 10 j

Traitement des IGH compliquées:

- Hospitalisation
- Ceftriaxone 1 g IV /jr jusqu'à amelioration
- + doxycycline 100 mg x 2/j PO (ofloxacine 200mg 2x jr alternative)
- + métronidazole 500 mg x 2/j PO
- Gentamicine 80mg IM pendant 5jrs dans les forme severes
- La durée totale du traitement peut cependant être prolongée à 21 jours en fonction de l'évolution au cas par cas

Mesures associées :

- Ablation du DIU
- Repos strict au lit
- Antalgique et antispasmodique, glace sur le ventre,
- Contraception orale
- Protection des rapports sexuels
- Traitement du partenaire apres prélèvement urétral et ECBU,
- Administration d'anti-inflammatoires dans le but de diminuer l'inflammation péritonéale et la formation d'adhérences est de plus en plus discutée

Prevention:

- Pour éviter les IGH, il est important d'éviter les infections sexuellement transmissibles (IST):
 - + l'abstinence sexuelle,
 - + l'utilisation du préservatif
- Antibioprophylaxie lors des manœuvres endo utéine ou des HSG
- Ne pas oublier la vaccination contre l'HPV et l'hépatite B.
- Traiter et prévenir les IGB

conclusion

- Les IGB sont un motif très fréquent en consultation avec une évolution favorable si correctement traitées.
- Les infections génitales hautes sont souvent dues à des MST
- La cœlioscopie est l'examen clé Dc TRT et Pc
- Le pronostic de fertilité est mis en jeu ++++
- Intérêt de la prévention et du traitement du partenaire