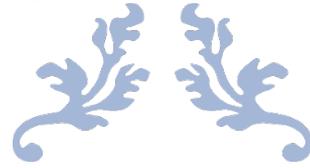




الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche Scientifique



LES INFECTIONS GENITALES

DR KACI EPOUSE MEDJAMIA

MAITRE ASSISTANT EN GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE

EHS "NOUAR FADELA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020/2021

LES INFECTIONS GENITALES

Table des matières

I-INTRODUCTION	3
A- Rappels	3
Leucorrhées physiologiques	3
Écosystème vaginal	4
II-DEFINITION	5
III- DIAGNOSTIC	6
1. L' INFECTION GENITALE BASSE	6
2. L' INFECTION GENITALE HAUTE	9
A- Diagnostic Clinique d'une IGH non compliquée	9
Examen clinique	10
1- Examen de l'abdomen:	10
2- Examen gynécologique	10
Diagnostic différentiel	12
B- Formes compliquées d'IGH	12
1- Abscess pelviens	12
2- Pelvipéritonite	13
C- Stratégie thérapeutique	13
A -Traitement des IGH non compliquées	13
B -Traitement des IGH compliquées	16
C -Traitement préventif (++)	17
D- Complications à moyen et long termes	17
III -ÉTIOLOGIES :	18

III.1 CAUSES INFECTIEUSES	18
III-1-3 Vaginose bactérienne (VB)	21

OBJECTIFS

- Diagnostiquer une infection génitale de la femme.
- prise en charge précoce de l'infection
- savoir diagnostiquer précocément une infection génitale haute (IGH)
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.
- importance du traitement préventif

I-INTRODUCTION

A- Rappels

Leucorrhées physiologiques

leucorrhée : Écoulement non sanglant provenant du vagin. Elle peut être physiologique (par sécrétion de glaire cervicale et desquamation vaginale) ou pathologique témoignant d'une infection, le plus souvent d'une vaginite.

Les écoulements sanguinolents sont à considérer comme des métrorragies. On considère comme anormales des pertes vaginales malodorantes ou responsables d'irritation et de démangeaison.

Les leucorrhées physiologiques proviennent :

- de la desquamation vaginale, responsable de leucorrhée laiteuse, peu abondante, opalescente, augmentant en période prémenstruelle ;
- de la glaire cervicale sécrétée par les cellules cylindriques de l'endocol qui augmente du 8^e au 15^e jour du cycle, translucide, cristallisant en feuille de fougère.

Ces sécrétions physiologiques n'engendrent aucune irritation, sont inodores et ne contiennent pas de polynucléaires. Toutefois, leur abondance peut parfois être source de gêne pour la patiente notamment en cas d'ectropion cervical.

Par ailleurs, le comportement compulsif d'hygiène intime excessive avec des savons détergents, , peut entraîner une destruction de l'écosystème vaginal et favoriser la survenue d'infections génitales basses souvent chroniques

Écosystème vaginal

Le vagin est un écosystème dynamique où chaque femme possède de nombreux micro-organismes en équilibre. La flore dominante est le bacille de Döderlein :

- bacille de Döderlein : (*Lactobacillus acidophilus vaginalis*) : Bactérie présente naturellement dans la flore vaginale. Elle présente un effet protecteur contre la vaginose. Le bacille de Döderlein est une bactérie saprophyte qui se nourrit aux dépens des cellules mortes de la cavité vaginale. Sa présence est signe de bonne santé. Son absence ouvre la porte à des infections opportunistes, en particulier les mycoses.

lactobacille tapissant la muqueuse vaginale. Il transforme le glycogène abondamment contenu dans les cellules vaginales et cervicales grâce à l'imprégnation œstrogénique en acide lactique. Cet acide lactique explique le pH acide du vagin qui est un facteur protecteur de la pullulation microbienne.

Cette flore vaginale évolue selon :

- l'âge : moins de bacilles de Döderlein avant la puberté et après la ménopause ;
- le cycle : les aérobies diminuent avant et après les règles ;

- la contraception : en cas de stérilet, on constate une augmentation des anaérobies.

Cette flore aéro-anaérobie équilibrée s'oppose à l'adhérence et à la colonisation des germes pathogènes dans le vagin et à la prolifération des espèces minoritaires (anaérobies et *Candida albicans*).

II-DEFINITION

- Les infections génitales sont représentées par :

les infections génitales basses : vulvite, vaginites, bartholimites ,cervicite
les Germes le plus souvent en cause :

- cervicites : *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, fréquemment associées ;
- vulvo-vaginites : *T. vaginalis*, *C. albicans*
- vaginose bactérienne : *G. vaginalis* ;

- il faut toujours Rechercher systématiquement une complication (infection haute).

Et les infections génitales hautes : UTERUS (ENDOMETRITE), TROMPES (SALPINGITE), PERITONE (PELVI-PERITONITE). Annesicites

Les germes en cause peuvent être sexuellement transmis :

- maladies sexuellement transmissibles
- ou banaux. Ils comprennent des agents microbiens, mycosiques, parasitaires ou viraux. (streptocoques, anaérobies, BGN, surtout *E. coli*).

Salpingite : tableau le plus fréquent.

- Risque de complications immédiates (rares) abcès, péritonite, septicémie ; et de séquelles (plus fréquentes) douleurs pelviennes chroniques, stérilité, grossesse extra-utérine.

- Touche essentiellement les femmes en âge de procréer.
- Facteurs favorisants : multiplicité des partenaires sexuels, stérilet et toute manoeuvre endo-utérine, faible niveau socio-économique.

Toute infection génitale, haute ou basse, impose le dépistage et le traitement du (des) partenaire(s) et un dépistage sérologique de syphilis, VIH et VHB.

III- DIAGNOSTIC

1-L' INFECTION GENITALE BASSE

- **INTERROGATOIRE**

1-1 L'infection est souvent peu symptomatique, les signes clinique:

- leucorrhées ;
- prurit vulvaire ;
- oedème vulvaire ;
- brûlures vaginales ;
- dyspareunie ;
- dysurie – pollakiurie ;
- **révélée par une complication (infection haute)**

-Pas de fièvre, sauf si complications (infection haute).

1-2 L'aspect de l'écoulement ET Caractéristiques de l'écoulement :

couleur, abondance, odeur **est parfois évocateur d'une étiologie précise :**

- jaunâtres et abondantes : *N. gonorrhoeae*
- sanguinolentes : *C. trachomatis* ;
- verdâtres, malodorantes : *T. vaginalis* ;

- blanchâtres, grumeleuses : *C. albicans* ;
- grisâtres, mousseuses, malodorantes : *G. vaginalis*.

1-3 Les signes fonctionnels d'accompagnement

- le prurit oriente vers une mycose
- la brûlure vers un trichomonas ou un germe banal
- les métrorragies :endométrite , néoplasies
- ou les douleurs pelviennes (annexite)

Les Circonstances de survenue

- postcoïtale (IST, néoplasie cervicale),
- après un traitement antibiotique (mycose),
- lors d'une grossesse (physiologique, mycose)
- port d'un stérilet (endométrite, salpingite),
- terrain favorisan(diabète,corticothérapie et immunodépression)
- notion de IST
- Signes éventuels chez le partenaire

- Examen clinique :

Il n'a de valeur que si la patiente n'a pas fait une toilette vaginale préalable.

L'inspection de la région vulvaire, vestibulaire et périnéale recherchera des rougeurs, des lésions de grattage, des vésicules ou des ulcérations.

L'examen au spéculum permettra :

- d'analyser l'écoulement (aspect, abondance, couleur)
- d'apprécier l'aspect de la glaire cervicale(limpide, louche)
- d'évaluer l'état de l'épithélium vaginal et cervical et de réaliser des prélèvements à des fins d'examen direct au microscope et pour analyses en laboratoire
- Le frottis de dépistage n'est pas optimal dans des conditions d'infection.

Le toucher vaginal :

Le toucher vaginal recherchera une douleur à la palpation ou à la mobilisation de l'utérus et des annexes.

- **Les examens complémentaires**

-Examen direct au microscope :

C'est un examen facile à réaliser et qui est très informatif. Le prélèvement est étalé sur une lame avec une goutte de sérum physiologique. On peut ainsi visualiser un trichomonas, des fragments mycéliens ou des leucocytes.

-Le test à la potasse (Sniff test) :

Il consiste à ajouter sur le prélèvement étalé sur lame une goutte de potasse à 10 %. Cette potasse permet de lyser les corps cellulaires et ainsi de mieux voir les éléments mycosiques et surtout dégage une odeur de poisson pourri très évocatrice de la présence conjuguée d'anaérobies et de Gardnerella vaginalis.

2-L' INFECTION GENITALE HAUTE

A- Diagnostic Clinique d'une IGH non compliquée

L'interrogatoire :

- précise la date des dernières règles, les antécédents médicaux et chirurgicaux (appendicectomie), les antécédents gynécologiques et obstétricaux (parité) ;
- recherche les facteurs de risque : femme jeune, notion de changement récent de partenaire, antécédents d'IST ou d'IGH, urétrite chez le partenaire, notion de gestes endo-utérins.

Symptomatologie

- de douleurs pelviennes récentes aux caractéristiques cliniques très variables (localisation, intensité...). Les dyspareunies sont fréquentes ;
- de leucorrhées anormales ;
- parfois de métrorragies ;
- de signes fonctionnels urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles ;
- un syndrome infectieux, voire des signes discrets d'irritation péritonéale n'existent que dans les formes compliquées (abcès pelviens, pelvipéritonite).

Examen clinique

1- Examen de l'abdomen:

- une sensibilité, une douleur limitée à l'hypogastre, parfois une défense ou de contracture ;
- parfois une douleur de l'hypochondre droit (dans le cadre d'une périhépatite ou syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) ;
- l'absence de douleurs à la palpation des fosses lombaires ; le signe de MacBurney est négatif.

2- Examen gynécologique

- Au spéculum :
 - des leucorrhées d'aspect variable (ou une glaire cervicale louche) et parfois masquées par des métrorragies généralement peu abondantes,
 - une endocervicite est fréquente (frottis cervical à vérifier si nécessaire, à distance).
- Au toucher vaginal, on retrouve :
 - une mobilisation utérine douloureuse qui constitue le signe le plus évocateur,
 - associée ou non à une douleur au niveau d'un ou des deux culs-de-sac vaginaux latéraux, voire d'un empâtement douloureux des culs-de-sac.

Les examens complémentaires

- NFS et dosage de la protéine C-réactive (CRP) sont habituellement normaux en cas d'IGH non compliquée ;

- β hCG pour éliminer une GEU, et un ECBU ou une bandelette urinaire pour éliminer une pyélonéphrite.

- Les examens microbiologiques sont indispensables :
- recherche d'une IST par technique PCR à partir d'un prélèvement vaginal ;
- recherche des autres pathogènes par un prélèvement endocervical
- en cas de contraception par DIU, il est préférable de le retirer et de le mettre en culture.

En complément des sérologies, peuvent être pratiquées en fonction du risque d'IST : syphilis (TPHA, VDRL), VIH 1 et 2 avec l'accord de la patiente, hépatites B et C.

- *L'échographie pelvienne* (surtout par voie endovaginale) est nécessaire. On cherche les inconstants signes directs d'atteinte tubaire (épaississement, aspect en roue dentée) ; l'échographie peut diagnostiquer un abcès pelvien et s'avère utile pour éliminer une autre pathologie notamment annexielle.
- Une TDM abdominopelvienne voire une IRM peuvent être utiles pour éliminer une autre pathologie douloureuse (endométriose, appendicite...).
- *Une biopsie endométriale*, cherchant des signes histologiques d'endométrite peut aussi être réalisée.
- *La cœlioscopie* était l'examen de référence pour les salpingites. Compte tenu de son caractère invasif pouvant entraîner des effets indésirables graves, elle n'est actuellement réservée qu'aux cas d'incertitude diagnostique ou en l'absence d'amélioration après quelques jours de traitement. La

coelioscopie sera en revanche justifiée à distance, dans le cadre du bilan en cas d'infertilité.

Diagnostic différentiel

- *l'appendicite aiguë pelvienne* : parfois la proximité de l'utérus explique une douleur à la mobilisation utérine ; la TDM abdominopelvienne redresse le diagnostic ;
- *l'infection urinaire* : examen des fosses lombaires, ECBU ;
- *la grossesse extra-utérine* : doser systématiquement la β hCG plasmatique, et faire une échographie ;
- *les autres algies pelviennes* : torsion d'annexe, endométriose, pathologie ovarienne, algie péri-ovulatoire et péri-menstruelle (contexte clinique \pm coelioscopie) ;
- *la sigmoïdite diverticulaire*.

B- Formes compliquées d'IGH

1- Abscesses pelviens

Pyosalpinx, abcès ovariens ou abcès du Douglas constituent les plus fréquentes des complications aiguës : ils compliquent 10 à 35 % des IGH.

Il existe des signes généraux avec fièvre et altération de l'état général.

Les douleurs pelviennes sont habituellement importantes et peuvent s'accompagner de troubles du transit intestinal.

Le toucher vaginal est très douloureux ; il existe une masse pelvienne latéro-utérine fixée, uni- ou bilatérale, habituellement collée à l'utérus.

Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire marqué :

hyperleucocytose et élévation de la CRP fréquemment supérieure à 100 mg/L.

L'échographie pelvienne montre la présence d'une collection liquidienne pelvienne. En cas de doute, scanner ou examen IRM pelvien peuvent établir le diagnostic.

Un traitement en hospitalisation s'impose.

2- Pelvipéritonite

- Des signes généraux infectieux (altération de l'état général, fièvre voire frissons) sont présents,
- ainsi que des troubles du transit traduisant l'iléus réflexe : nausées, vomissements, diarrhée ou arrêt du transit.
- L'examen trouve une défense abdominale – voire une contracture – localisée à la région sous-ombilicale.
- Les touchers pelviens déclenchent une douleur diffuse, classiquement plus marquée au niveau du Douglas où une masse est parfois perçue.
- La présence de leucorrhées ou d'une contraception par DIU peut orienter vers l'origine génitale de cette péritonite.

La difficulté consiste à s'assurer de l'origine génitale de l'infection ce qui n'est pas toujours évident, en particulier si la patiente n'a pas été préalablement appendicectomisée. La TDM abdominopelvienne constitue le meilleur examen pour confirmer le diagnostic et surtout éliminer une origine extra-génitale à la péritonite ; elle doit précéder la décision de traitement médical

C- Stratégie thérapeutique

A -Traitement des IGH non compliquées

Le traitement médical est initié sans attendre les résultats microbiologiques. Il comporte une antibiothérapie probabiliste, c'est-à-dire efficace sur les différents pathogènes habituels des IGH pour une durée de 14 jours.

Les formes non compliquées sont traitées en externe, essentiellement par voie orale, alors que les formes compliquées sont hospitalisées et l'antibiothérapie est instaurée par voie IV.

Les pathogènes à traiter sont variés : germes intracellulaires, aéro- et anaérobies et gonocoques potentiellement multirésistants. Une association antibiotique s'avère donc indispensable.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a fait des recommandations (2012) et propose différents protocoles (tableau 21.2).

Tableau 21.2 Recommandations et protocoles du CNGOF.

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées	Remarques
Traitement proposé en première intention	Ofloxacine	400 mg × 2/j per os		Injection de ceftriaxone systématique ou seulement après résultat de la recherche de gonocoque.
	+ métronidazole ± ceftriaxone	500 mg × 2/j per os 500 mg, 1 injection unique IM	14 jours	
Alternatives possibles	1) Ceftriaxone	500 mg, 1 injection IM	dose unique	
	+ métronidazole	400 mg × 2/j per os	14 jours	

	+ doxycycline	100 mg × 2/j per os	14 jours	
	2) Moxifloxacine ± ceftriaxone	400 mg/j	14 jours	Coût plus élevé que l'ofloxacine (non remboursé actuellement). Précautions si troubles hépatiques connus. Injection de ceftriaxone systématique ou seulement après résultat de la recherche de gonocoque.
	3) Lévofloxacine	500 mg/j	14 jours	Coût plus élevé qu'ofloxacine mais 1 seule prise/jour. Hors AMM.
	+ métronidazole	500 mg × 2/j	14 jours	
	4) Ceftriaxone	250 mg IM	dose unique	Hors AMM.
	+ azithromycine	1 g par semaine	14 jours	
	5) Ceftriaxone	250 mg IM	dose unique	
	+ doxycycline	100 mg × 2/j	14 jours	
	6) Doxycycline	100 mg × 2/j	14 jours	

	+ métronidazole	400 mg × 3/j	14 jours	
	+ ciprofloxacine	500 mg	dose unique	
	7) Clindamycine	900 mg × 3/j IV	14 jours pour l'ensemble du traitement	Pas d'évaluation récente (< 10 ans).
	+ gentamicine	1,5 mg/kg × 3/j IV		
	puis clindamycine	450 mg × 3/j per os		
	(ou Doxycycline)	(100 mg × 2/j)		
	+ métronidazole	400 mg × 2/j per os		

Les mesures associées sont :

- le retrait d'un éventuel DIU ;
- le repos ;
- un antalgique ;
- la protection des rapports sexuels (préservatifs) ;
- le traitement du partenaire en cas d'IST.

Un examen clinique de contrôle doit être effectué.

B -Traitement des IGH compliquées

La patiente est hospitalisée et une antibiothérapie est débutée par voie parentérale souvent complétée par un drainage en cas de collection abcédée. Le CNGOF, dans ses recommandations, propose les associations ceftriaxone + métronidazole + doxycycline, ofloxacine + métronidazole ou céfoxitine + doxycycline, pour une durée totale de 14 à 21 jours, avec l'éventuelle adjonction de gentamicine en cas de sepsis sévère.

En complément à l'antibiothérapie et en cas d'abcès pelvien, un drainage de la collection est utile dès que celle-ci mesure 3 cm de diamètre.

Il paraît préférable d'attendre 24 à 48 heures d'antibiothérapie pour éviter un choc septique..

L'antibiothérapie parentérale est ensuite poursuivie quelques jours (jusqu'à l'obtention de l'apyrexie et de l'amélioration clinique) avant un relais oral. La durée totale de traitement sera généralement de 21 jours en fonction de l'évolution clinique et biologique.

En cas de pelvipéritonite, le traitement consiste essentiellement dans l'antibiothérapie parentérale, sous surveillance, en milieu chirurgical, et la patiente étant laissée à jeun les 36 à 48 premières heures. Une amélioration clinique et biologique doit être observée après 48 heures, autorisant la poursuite de l'antibiothérapie puis le relais par voie orale. Dans le cas contraire, une vérification chirurgicale s'impose.

C -Traitement préventif (++)

- une information sur les IST, sur l'intérêt des préservatifs ;
- un dépistage et un traitement précoces des infections génitales basses ;
- un dépistage et le traitement des partenaires.
- **La contraception cestroprogestative** :La contraception cestroprogestative orale est recommandée pour éviter les kystes ovariens réactionnels à l'inflammation pelvienne.

D- Complications à moyen et long termes

-des lésions tubo-pelviennes définitives (obstructions ou destructions pariétales tubaires, adhérences pelviennes): **La stérilité tubaire**

-Celles-ci sont responsables de grossesses extra-utérines, de stérilités tubaires

-et de douleurs pelviennes chroniques.

-péri-hépatites infectieuses font toujours suite à une pelvi-péritonite aiguë diffusante.

-Le risque de récurrence d'IGH

III -ÉTIOLOGIES :

III.1 CAUSES INFECTIEUSES

Candida (cf. glossaire)	Blanches, casées (cf. glossaire)	Prurit (+++++)	Vulvite (cf. glossaire) (++) Anite (cf. glossaire) (++)
Pyogènes (cf. glossaire)	Purulentes	Brûlures	
Trichomonas	Vertes, spumeuses (cf. glossaire)	Prurit Brûlures	Urétrite Odeur de moisi
Gardénelles	Peu abondantes	-	Odeur de poisson pourri

III.1.1 Trichomonas

La vaginite à trichomonas est de contamination vénérienne, elle est un bon marqueur d'IST et ainsi justifie la recherche systématique d'autres germes.

Les leucorrhées sont verdâtres, mousseuses, spumeuses, abondantes et nauséabondes. Au spéculum le vagin est rouge, le col framboisé. Le prurit est variable en intensité, il existe souvent des brûlures au moment des rapports ou des mictions.

L'examen direct au microscope optique permet de mettre en évidence le parasite. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser une culture.

Le traitement concerne les deux partenaires :

- ▣ soit un traitement unique de 2 g de métronidazole (Flagyl®)
- ▣ soit un traitement de 10 jours de 500 mg en deux prises quotidiennes de métronidazole ;
- ▣ soit un traitement local prolongé pendant 15 jours, ovule de métronidazole (Flagyl®).

Il pourra être renouvelé 1 mois plus tard.

III.1.2 Mycose

Le symptôme essentiel est le prurit. Intense parfois intolérable, le prurit entraîne souvent des dysuries ,voire une pollakiurie

Au spéculum les leucorrhées sont blanches, caillebotées (comme du lait caillé), grumeleuses, tapissant les parois du vagin. La vulve est sèche, œdémateuse avec de fréquentes lésions de grattage. L'extension sur le périnée postérieur est fréquente.

Le vagin est rouge faisant ressortir le blanc des leucorrhées.

L'examen au microscope montre des filaments mycéliens. Le Candida albicans (est le germe le plus souvent retrouvé).

Traitement :

La prescription comprend un traitement spécifique antimycosique, tel l'éconazole (Gynopevaryl LP®), le fenticonazole (Lomexin®), le miconazole (Gynodaktarin®), le butoconazole (Gynomyk®) ou l'isoconazole (Fazol®), en ovule gynécologique et crème. Le traitement monodose favorise l'observance et ainsi diminue les rechutes.

Le traitement de confort utilise des solutions apaisantes comme Gynhydralin®, Saforelle® ou Opalgine®.

Le traitement du partenaire se fait par pommade antimycosique locale pendant 10 jours.

En cas de récurrence, il faut :

rechercher des facteurs favorisants Ces facteurs sont d'ordre local ou général :

- Les facteurs locaux

- Contamination iatrogène : sexuelle (partenaire contaminé) ou de proximité (des germes pathogènes séjournent dans le tube digestif : E.coli, Candida...)
- Hygiène excessive et inadaptée (savon acide ou parfumé) mauvaise manœuvre d'essuyage d'arrière en avant (ramenant les germes de l'anus vers le vagin). Gants de toilette souillés.
- Utilisation de tampons qui provoque des micro-traumatismes, irrite la paroi vaginale, par le contact prolongé, empêche l'écoulement naturel de flux menstruel et favorise la macération.
- Contraception mécanique ou œstro progestative.
- Les pratiques sexuelles : rapports très fréquents, oro-génitaux ou anaux.
- Traitement corticoïde inadapté. Trouble de l'immunité cellulaire locale ou hyper sensibilité vaginale.
- L'exposition fréquente à l'eau de piscine ou de mer.
- Les vêtements serrés et synthétiques : qui favorisent la macération et augmentent

l'acidité locale.

-Les facteurs généraux

Médicaments systématiques :

- antibiotiques à large spectre
- Corticothérapie
- Chimiothérapie anticancéreuse
- Immunosuppresseurs après transplantation d'organes

Facteurs hormonaux :

déséquilibre hormonal relatif :

- o Endogène (grossesse, période prémenstruelle).

- ou exogène : contraception orale à climat oestrogénique
 - T.S.H. mal adapté. Même les progestatifs peuvent être considérés comme facteurs favorisants
- **Maladies endocriniennes** : diabète ou hypothyroïdie non traité ou mal équilibré
- **Nutrition mal équilibrée** : surconsommation glucidique, produits laitiers et régimes déficitaires en zinc.
- **Le stress** qui est responsable d'hyper-sécrétion de bêta-endorphine qui stimule la filamentation mycosique et inhibe la production d'interféron gamma.
- **Le surmenage et la fatigue physique** qui peuvent provoquer une baisse relative et transitoire de l'immunité.
- **Le S.I.D.A** : dans le tableau d'une baisse réelle et constante de l'immunité en général.
- **Auto inoculation** : d'une autre localisation candidosique : buccale, interdigitale, sous-mammaire, sous le tablier abdominal en cas d'obésité excessive et le « pied d'athlète».
- Les infections génitales mixtes.

TRAITEMENT

réaliser un mycogramme pour éliminer une résistance aux traitements ; envisager un traitement de longue durée per os (miconazole (Daktarin®) 8 cp/j pendant 8 jours ou amphotéricine B (Fungyzone®) 6 gel/j pendant 20 jours).

III-1-3 Vaginose bactérienne (VB)

La VB est un déséquilibre de la flore vaginale caractérisé où la flore lactobacillaire est remplacée par la prolifération anormale d'autres espèces microbiennes (anaérobies essentiellement mais aussi *G. vaginalis* et *M. hominis*). Très fréquente elle est caractérisée par des pertes grises peu abondantes malodorantes.

L'examen au *spéculum* note peu d'irritation locale.

Au prélèvement vaginal, on note un score de Nugent élevé mais son association avec des anaérobies est facilement reconnue par le test à la potasse (Sniff-test)

qui révèle, par application d'une goutte de potasse à un prélèvement sur lame, l'odeur caractéristique de poisson pourri.

La VB favorise la survenue de complications : IGH, infections postopératoire en cas de geste chirurgical par voie vaginale et complications obstétricales (menaces d'accouchement prématuré).

Le *traitement* comprend un traitement par métronidazole (Flagyl®) soit 2 g per os en monodose, soit 2 fois 500 mg/jour pendant 7 jours. Le traitement du partenaire est inutile car il ne s'agit pas d'une IST. Les récurrences sont fréquentes et doivent faire rechercher les causes de déséquilibre de l'écosystème vaginal (traitement hormonal...).

Diagnostic de vaginose bactérienne : Association de

- • Leucorrhées grisâtres malodorantes
- • pH vaginal > 4,5
- • Amine-test ou Sniff test ou test à la potasse positif
- • Critères bactériologiques à l'examen direct :
 - ✓ Présence de « **Clue-cells** »
 - ✓ **Flore de vaginose** : disparition des lactobacilles et prolifération des autres morphotypes (Score de Nugent ≥ 7)

III.1.3 Gardnerella vaginalis

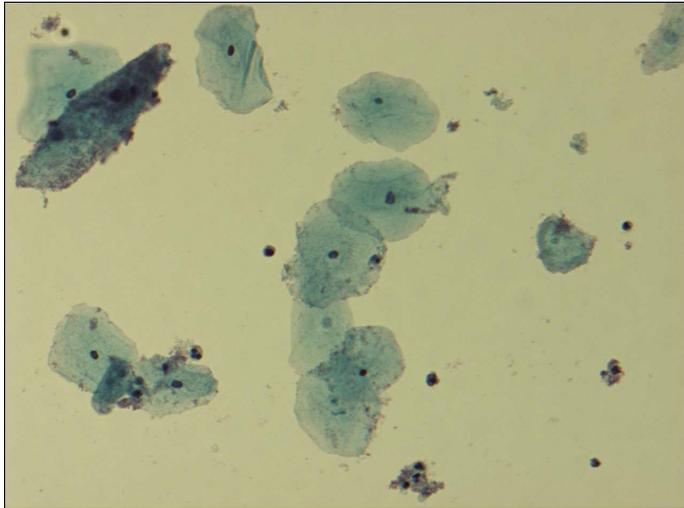
Gardnerella vaginalis est responsable d'une vaginite fréquente dont l'élément caractéristique est la mauvaise odeur (poisson pourri).

Ce germe est pour certains un hôte normal de la flore vaginale car isolé chez près de 10 % des patientes. Pour être pathogène il doit être associé avec différents germes anaérobies. En fait c'est la décarboxylation par les germes anaérobies des acides aminés élaborés par le Gardnerella qui est responsable de cette odeur caractéristique. À l'état de sels non volatils in vivo, ces amines peuvent être libérées lors de l'alcalinisation du vagin, en particulier suite à un rapport ou en fin de règles.

Les leucorrhées sont grisâtres, fluides, peu abondantes, adhérentes à la paroi vaginale.

L'examen au spéculum note peu d'irritation locale.

Le germe est mis en évidence par culture mais son association avec des anaérobies est facilement reconnu par le test à la potasse (Sniff test) qui révèle, par application d'une goutte de potasse à un prélèvement sur lame, l'odeur caractéristique de poisson pourri.



TRAITEMENT

Soit un traitement monodose par métronidazole (Flagyl®) 2 g

soit un traitement associant amoxicilline (Clamoxyl®) 2 g/j pendant 7 jours et métronidazole (Flagyl®) ovule pendant 7 jours.

Le traitement du partenaire est discuté, les récidives font proposer un traitement complémentaire pour améliorer la flore vaginale.

III.1.4 Gonocoque

Hautement pathogène il est responsable d'infections génitales hautes (endométrite, salpingite).

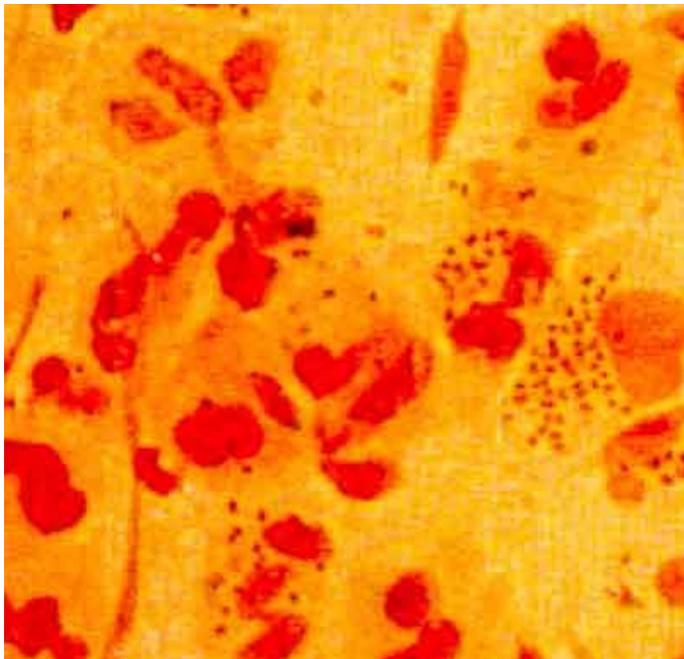
Les leucorrhées sont jaunes ou verdâtres, purulentes avec parfois des signes d'urétrite ou de skénite L'examen au spéculum trouve une cervicite avec glaire purulente, les parois vaginales sont rouges, saignant au contact.

La notion d'urétrite chez le partenaire ou d'écoulement méatique doit faire penser au diagnostic.

L'examen direct permet de trouver le diplocoque gram négatif



Diplocoque



TRAITEMENT

Le traitement concerne tous les partenaires, symptomatiques ou non

plus en plus de souches de gonocoque sont devenues multi-résistantes aux antibiotiques et le *traitement* (et celui systématique du partenaire) repose sur la ceftriaxone (Rocéphine®) : 1 g IM en dose unique.

III.1.5 Mycoplasme, Chlamydia

Mycoplasme

Ils ne sont pas habituellement associés à des leucorrhées mais il faut les rechercher lorsqu'une IST est suspectée. En particulier en cas de glaire louche, de cervicite chez une

femme jeune, la hantise d'une infection à Chlamydia et de ses conséquences sur le haut appareil génital impose leur recherche systématique.

Les leucorrhées retrouvées sont banales, jaunâtres, parfois accompagnées d'une urétrite ou une endocervicite .

Avec le mycoplasme on peut avoir des brûlures postcoïtales.

Le diagnostic se fait par culture et titrage de germe pour le mycoplasme, par culture, Polymerase Chain Reaction (réaction en chaîne par polymérase, Amplification en Chaîne par Polymérisation (ACP)) pour le Chlamydia.

Le traitement est basé sur les cyclines pour mycoplasme et Zithromax® en prise unique pour Chlamydia.

III.1.6 Germes banaux

Les vaginites bactériennes sont source d'embarras pour le médecin, les troubles fonctionnels sont dominés par la leucorrhée non spécifique, gênant par son abondance, sa couleur et sa persistance. Il s'y associe parfois des signes d'irritation locale avec brûlures. Leur survenue est plus fréquente avant la puberté et après la ménopause non substituée en raison de l'absence de flore de Döderlein

Les germes retrouvés sont variés : streptocoque B , staphylocoque , colibacilles , Protéus , etc.

Les traitements sont basés sur des produits locaux: Polygynax®, Amphocycline®, Colposeptine® en ovule.

III-1-7 -Le Treponema pallidum

Le Treponema pallidum responsable de la syphilis, se manifeste par un chancre génital et des adénopathies inguinales.

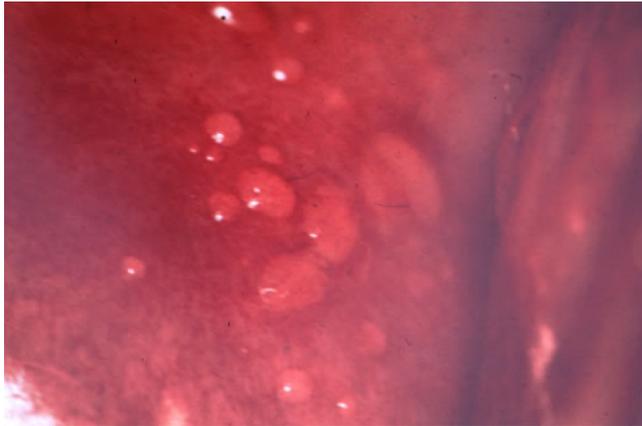
III-1-7 Les MST d'étiologie virale

1. L'herpès

La transmission se fait par voie sexuelle à l'occasion de rapports orogénitaux. La transmission de la mère à l'enfant lors de l'accouchement est très connue et impose en phase éruptive une césarienne.

Le traitement le plus utilisé actuellement est le VALACYCLOVIR (ZELITREX) à raison de 1 comprimé à 500mg 2 fois/jour pendant 10 jours, lors du premier épisode ; puis 2 comprimés à 500mg par jour en 1 ou 2 prises pendant 5 jours lors des récurrences.

La prévention des infections génitales récidivantes à virus Herpès simplex peut être entreprise avec 1 comprimé par jour (500mg) de VALACYCLOVIR en 1 ou 2 prises et en cas d'échec, après administration d'une prise unique de 500mg par jour ou en cas de récurrence fréquente ou très symptomatique, le fractionnement en 2 prises (250 mg par 2 par jour) a permis d'obtenir de meilleurs résultats.



<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/27/32>

Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble

Photo : herpès génital

Présence de vésicules herpétiques (P. Bernard)

2. Les infections génitales à papillomavirus

Depuis la mise en place du dépistage systématique des infections à papillomavirus par la cytologie d'une part et par le typage viral d'autre part.

elles ont deux localisations préférentielles et dans 6 % jusqu'à cinq localisations : le col utérin, le vagin, la vulve, le périnée et l'anus. Plus fréquemment, les lésions multicentriques retrouvent des lésions du col utérin à type de néoplasie intra-épithéliale de haut grade (CIN3).

Le col et l'atteinte la plus constante en cas de centricité ainsi en cas de lésion vulvaire ou vaginale ou anale, c'est le col qui est le 2ème site le plus souvent atteint.

traitement

1- Les lésions du col de l'utérus



Les modalités thérapeutiques dépendent essentiellement du degré de gravité des néoplasies intra-épithéliales.

Pour les néoplasies intra-épithéliales de bas grade (CIN 1) associées à des lésions condylomateuses, l'indication est celle d'une vaporisation laser CO₂, à une profondeur de 5 mm passant au moins à 3 mm au delà des lésions reconnues à l'examen colposcopique.

Pour les CIN 2, les CIN 3, les cancers in-situ du col de l'utérus associés à des lésions condylomateuses, l'indication est celle d'une conisation.

2. Les lésions du col de l'utérus et du vagin

L'extension de lésions condylomateuses au col de l'utérus et aux cul de sacs vaginaux, ou au tiers moyen ou inférieur du vagin nécessite la reconnaissance de ces lésions par le test de Schiler.

A l'identification, biopsie, en l'absence de lésions invasives, l'indication est celle d'une vaporisation laser CO₂ sous anesthésie générale.

Comme dans le cas précédent, un frottis de contrôle sera effectué à 6 mois, puis ensuite une surveillance annuelle par frottis.

3. Les lésions du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du canal anal

Les modalités thérapeutiques dépendent :

- des localisations anatomiques
- de l'indice de surface lésionnelle (ISL)
- du nombre de rechutes post-thérapeutiques

Pour les lésions condylomateuses de la vulve, du périnée, et du canal anal,. En effet, il est possible à l'heure actuelle de recourir directement au traitement médicale par l'utilisation de l'imiquimod sous la forme d'une pommade dénommée ALDARA 5% Les applications nocturnes, tous les deux jours, permettent d'obtenir la disparition complète des lésions condylomateuses de la vulve.

Les applications peuvent être d'une durée de 8 heures, tous les deux jours, pendant une durée de 6 à 10 semaines. Les résultats obtenus sont très encourageants puisque dans 80% des cas, la guérison complète est obtenue

Les traitements destructeurs seront réservés aux lésions condylomateuses très étendues et résistantes au traitement médical d'une part, aux lésions condylomateuses très proliférantes et exophytiques au cours de la grossesse.

Pendant la grossesse, le seul traitement médical admis consiste en l'application locale d'acide trichloracétique.

En ce qui concerne le partenaire, à l'heure actuelle, il est parfaitement admis après la péniscopie de lui proposer pour les condylomes génitaux, un traitement médical à l'aide de la pommade ALDARA 5%. Il s'agit d'application de 8 heures, tous les deux jours pendant 4 à 10 semaines, jusqu'à disparition complète des lésions condylomateuses.

Les récurrences de lésions condylomateuses de la vulve du périnée et du canal anal seront traitées par un traitement destructeur AZER CE2 suivi, une semaine après cicatrisation d'application locale d'ALDARA 5% pendant 6 semaines.

La qualité des résultats obtenus grâce aux traitements médicaux locaux avec ALDARA 5% permettent à l'heure actuelle d'envisager l'éradication des lésions condylomateuses vulvo-périnéales uniquement par le traitement médical.

Une application par le patient au moment du coucher 3 fois/ semaine jusqu'à disparition des lésions sans dépasser 16 semaines de traitement.

Pour le traitement du partenaire il est proposé, 6 semaines de traitement en cas de lésions condylomateuses visibles.

3. Le virus HIV

La transmission sexuelle des infections HIV plus connue pour les homosexuels mais aussi pour les hétérosexuels. Les pratiques à risques sont parfaitement identifiées

- Rapports non protégés
- Rapports en période menstruelle

- Sodomie
- Partenaires multiples – rapport sans préservatif
- Voyage ou rapport avec des femmes originaires des zones à forte séroprévalence du

VIH, principalement d'Afrique de l'Ouest

En ce qui concerne la transmission du VIH deux situations nous paraissent particulièrement importantes ; l'une concerne le suivi des patientes ayant subi une agression sexuelle et l'autre le suivi de la grossesse d'une femme séropositive.

Une tri-thérapie est conseillée en l'absence de contre-indication :

- RETROVIR 250 mg, 1 gél. matin et soir
- EPIVIR 150 mg, 1 cp matin et soir
- CRIVAN 2 cp 3 fois/j à distance des repas et avec une diurèse abondante.

4. Le virus de l'hépatite C

La transmission de l'hépatite C peut se faire par voie sexuelle, en particulier lorsqu'un des partenaires est porteurs du virus ou en cas de signes cliniques. Il convient de pratiquer régulièrement des sérologies au partenaire sain car il existe maintenant un traitement spécifique de la phase aiguë de l'hépatite C par l'interféron alpha, avec un taux de succès de 98%.

III.2 NEOPLASIQUES

Les leucorrhées peuvent être révélatrices d'une lésion cervicale (tel néoplasie cervicale intraépithéliale) ou cancer. Il est important après avoir traité l'infection de vérifier l'état du col surtout si la patiente n'a pas eu de frottis récent.

Une hydorrhée doit faire évoquer une pathologie utérine ou tubaire.

III.3 CAS PARTICULIERS

Femme ménopausée

Les deux causes de leucorrhées auxquelles il faut penser chez les personnes ménopausées sont :

-néoplasique : l'origine néoplasique cervicale, endométriale ou tubaire. Un examen gynécologique complet s'impose pour ne pas passer à côté d'une lésion

- l'atrophie par carence hormonale et dont la modification de la flore explique l'aspect de vaginite sénile. Le traitement sera hormonal ;

Jeune fille

Les vulvovaginites infectieuses sont possibles chez la jeune fille. Le plus souvent il s'agit de germes banaux, parfois une oxyurose ou une mycose.

Il faut toutefois penser à la possibilité d'un corps étranger intravaginal que l'on sent parfois par le toucher rectal.

Vulvovaginite

Conclusion :

Les données de l'examen clinique et de l'examen direct au microscope (quand il peut être fait) suffisent dans un grand nombre de cas pour faire le diagnostic étiologique et ainsi permettre l'instauration d'un traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- Bianchi A. : Dépistage systématique des infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis*, mythe ou réalité ? Revue Française des Laboratoires. 2003 Jan;2003(349- S1):39-42.
- Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT). : Item n° 88 : Infections génitales de la femme : Leucorrhées. Faculté de Médecine, Université de Limoges; 2004.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 88 : Infections génitales de la femme – Leucorrhées. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 77-84.
- Doridot V, Audibert F. : Leucorrhées. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1998; 1-0770.
- Janier M. : Chapitre 4.2 : Gonococcie et infections génitales basses non gonococciques. In: Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L, et al. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris: Masson; 2004. p. 208-211.
- Lansac J. : Les leucorrhées. Wikinu Collège Gynécologie.

