



Item158-1-Infections sexuellement transmissibles (IST) - Infections génitales de la femme. Leucorrhées.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer et traiter une gonococcie, une chlamydie, une syphilis récente et tardive, une infection génitale à HPV, une trichomonose - Connaître les principes de la prévention et du dépistage des IST, notamment chez les partenaires. - Connaître les principes de prévention et dépistage des infections à HPV, frottis et vaccination.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC IST AFSSAPS 05 - Polycopié national: > Infections génitales de la femme: Salpingites > Infections génitales de la femme: Leucorrhées - Reco CNGOF 2012	- Infection utéro-annexielle / IG haute - II à une IST à chlamydia trachomatis - Voie ascendante (IST-IU) / iatrogène - Douleur à la mobilisation / leucorrhée - PV-PCR / écho / NFS-CRP / hémoc - Coelioscopie: à visée triple (D+P+T) - C°: abcès-péritonite / GEU-stérilité - bi-ABT: augmentin + doxycycline 3S - Coelio: adhésiolyse / drainage /toilette - MA aux IST / contraception / soleil - Différencier leucorrhée physio/patho - Candida: blanchâtre / prurit / PV (2) → MHD / antifongique: ovule + crème - Trichomonas: verdâtre / nauséabonde → bilan IST / ovule Flagyl® 1x/J 10J - IST: asympt. / cervicite / bilan d'IST → biABT minute C3G IM + macro PO	- DDR / hCG / contraception - Bilan IST / partenaire / éduP - DIU +/- ablation et culture - Information laparoconversion - Leucorrhée = PV + salpingite - IST cervicite: Cs contrôle J7

A. SALPINGITE AIGUË

Généralités

Définition

- Salpingite = infection génitale haute touchant les trompes
- En général bilatérale et associée à une endométrite = **infection utéro-annexielle**
- **NB** : Il n'existe pas de côté atteinte, les 2 trompes sont touchées. S'il y a une défense unilatérale, il faut évoquer une collection tubo-ovarienne...

- !! Remarque: distinction infection génitale basse / haute
 - Infections génitales basses: vulvite / vaginite
 - Infections génitales hautes: pelvipéritonite d'origine génitale/ endométrite / salpingite/ abcès tubo-ovarien (CNGOF 2012). Les endocervicites sont exclues

Epidémiologie

- Infection profonde / grave / fréquente (>100 000 cas/an en France)
- Facteurs de risque +++
 - Femme jeune (< 25ans) / niveau socio-économique défavorable
 - Précocité des premiers rapports sexuels / nulli ou pauciparité
 - Dispositif intra-utérin (stérilet) / geste endo-utérin récent
 - Partenaires multiples / antécédents d'IST +++

Physiopathologie

- Infection par voie ascendante
 - à la suite d'une IST +++ (85% / cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
 - à la suite d'une IU (cf Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.)
- Infection iatrogène: sur gestes invasifs endo-utérins
 - Curetage / IVG / pose de stérilet
 - Hystérosalpingographie / hystéroscopie

Germes responsables

- IST: **chlamydia** trachomatis +++ (60%) / gonocoque (10%)
- !! Flore souvent polybactérienne: anaérobies associés
- Autres: E. Coli (si IU) / mycoplasma / uréoplasma

Diagnostic

Examen clinique

- !! Forme atypiques ou pauci-symptomatiques fréquentes
- Interrogatoire
 - Terrain: femme jeune / FdR d'IST: rapports sexuels à risques / Post-partum ou post-abortum.
 - Prises: contraception (!! **DIU: A savoir !**) et désir de grossesse +++
 - Anamnèse: geste endo-utérin ou IG basse récente / !! date des dernières règles
 - Signes fonctionnels
 - signes gynécologiques: douleurs pelviennes +++ / leucorrhées / métrorragies
 - signes associés: !! **fièvre inconstante** (1 cas /2) / signes urinaires (IU) / Sd rectal
 - !! **NPO**: rechercher des signes fonctionnels chez le **partenaire** (cf IST)
- Examen physique
 - Prise des constantes: température ++ / PA-FC / FR-SpO2
 - Examen gynécologique
 - Palpation abdominale: douleur hypogastrique à la palpation / défense (30%)
 - Examen au spéculum: recherche leucorrhées sales / métrorragie / cervicite
 - Toucher vaginal (+TR): **douleur à la mobilisation utérine** +/- masse latérale
 - Prélèvements locaux: vaginaux et endocol pour examens bactériologiques
 - Examen général
 - Retentissement: signes de gravité = **défense / contracture** / sepsis / choc
 - Orientation étiologique: IST (cervicite) ou geste endo-utérin
 - **NPO différentiel**: palpation des fosses lombaires-BU / orifices herniaires

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif / étiologique
 - Echographie pelvienne
 - !! Ne voit que les complications: sa normalité n'élimine pas le diagnostic
 - Permet d'éliminer un diagnostic différentiel
 - Complications à rechercher:
 - pyosalpinx / abcès tubo-ovarien = masse latéro-utérine
 - pelvi-péritonite: épanchement péritonéal (cul de sac de Douglas)
 - Selon CNGOF 2012 :
 - si doute diagnostique et forme mineure, une biopsie endométriale est possible (mais peu faite en pratique)
 - → infiltrat de PNN (>5 PNN/champ*400)
 - → au moins 1 plamocytes/ champ* 120
 - Examens bactériologiques sur prélèvements locaux +++
 - **PV** : examen direct / culture sur gélose chocolat pour gonocoque
 - **PCR** 1er jet d'urine / culture cellulaire pour chlamydia

- Ablation et mise en culture d'un **DIU** le cas échéant (**A savoir !**)
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
 - **hCG plasmatiques**: éliminer une GEU +++ (**A savoir !**)
 - **ECBU**: systématiques devant douleurs pelviennes
 - **TDM abdomino-pelvien** : Si doute à l'échographie mais non recommandée (Grade C de recommandation)
- Pour évaluation du retentissement et diagnostic positif
 - **NFS-CRP**: hyperleucocytose neutrophile / CRP ↑ ++
 - **Hémocultures +++** : systématiques si patiente fébrile
 - **Bilan IST +++** (**A savoir !**)
 - Sérologies VIH (accord) / VHB-VHC / VDRL-TPHA
 - !! NPO de faire le bilan IST chez le **partenaire** (cf **Infections sexuellement transmissibles (IST)** : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - **Bilan bio standard**: bilan rénal / bilan hépatique (cf FHC) / NFS
 - **Bilan pré-opératoire** (si coelioscopie): Groupe-Rh-RAI / Cs anesthésie / Hémostase
- Coelioscopie
 - **Indications à la phase aiguë (4)**
 - Signes de pélori-péritonite: **défense**-contracture +++
 - Patiente jeune ou nullipare ou désir de grossesse
 - Abscess tubo-ovarien à l'échographie
 - Echec du traitement médical à J3
 - Doute malgré clinique + imagerie
 - **3 objectifs**: diagnostique / thérapeutique / pronostique (cf infra)

Formes cliniques

- **Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis**
 - = péri-hépatite (inflammation de la capsule de Glisson)
 - **Clinique**: à évoquer devant salpingite avec douleur hypochondre droit
 - **Paraclinique**: BHC = cytolysé (TA ↑) / échographie souvent normale
 - **Confirmation**: coelioscopie → adhérences inter-hépatico-diaphragmatiques
- **Orientation étiologique selon présentation clinique**
 - !! Aucun tableau n'est spécifique d'une étiologique mais typiquement
 - **Si salpingite à chlamydia**: tableau atypique / pauci-symptomatique
 - **Si salpingite à gonocoque**: tableau bruyant avec leucorrhées purulentes

Diagnostics différentiels

(cf **Algies pelviennes chez la femme**)

- **Causes gynécologiques**: **GEU** / endométrite / ASP / nécrobiose aseptique
- **Causes digestives**: appendicite / diverticulite / colite inflammatoire
- **Causes urologiques**: PNA / colique néphrétique

Complications

Complications aiguës

- **Abscess pelvien**: de la trompe (pyosalpinx) / de l'ovaire / du cul-de-sac
- **Pélori-péritonite aiguë**: fièvre élevée et contracture (cf **Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.**)
- **Sepsis +/- choc septique +/- décès** (cf **Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.**)

Complications tardives

- **Stérilité tubaire +++** : 1ère cause de stérilité tubaire / **12%** (cf **Stérilité du couple : conduite de la première consultation.**)
- **Grossesse extra-utérine +++** : principal FdR de GEU (cf **Grossesse extra-utérine**)
- **Avortement spontané précoce**: car endomètre séquellaire (cf **Principales complications de la grossesse**)
- **Algies pelviennes chroniques**: cause mal déterminée (15% des cas)
- **Salpingite chronique**: si traitement mal conduit ++ / le plus souvent asymptomatique
- **Récidive**: 20% des cas (défaut d'observance / recontamination / partenaire)

Traitement (!! modifications)

Mise en condition

- Hospitalisation systématique / en urgence / en gynéco-obstétrique
- Pose VVP / maintien patiente à **jeun** / bilan pré-opératoire
- !! si coelioscopie: informer du risque de laparo-conversion et de salpingectomie (**A savoir !**)

Traitement symptomatique

- Traitement antalgique: paracétamol IV +/- antispasmodique (spasfon)
- AINS après 48h d'ABT efficace (discuté: pour limiter les adhésions inflammatoires)

Traitement médicamenteux = antibiothérapie

- **Bi-ABT** / à diffusion intra-cellulaire / active contre [chlamydia, anaérobies et gonocoque]
- **Standard** : Métronidazol et Ofloxacine QSP 14 jours en 1ère intention +/- 1 dose IM de Ceftriaxone si découverte de gonocoque ou si FdR (suivi irrégulier, haute prévalence, ATCD gonococcie) +++
- **Alternatives**: Métronidazol + Doxycycline / Augmentin + ofloxacine / pristinamycine si allergie
- **Puis**: adaptation secondaire à l'ABG / relais PO après 48h d'apyrexie / **durée = 14 jours** (et non plus 21j)
- NB : pour rappel, traitement d'une endométrite = Clindamycine + gentamycine (ou Augmentin/C3G si allaitement)

Traitement chirurgical = coelioscopie +++

- **Indications**
 - à la phase aiguë: **défense** abdominale / abcès / échec à J3 / patiente jeune-nullipare
 - à distance: coelioscopie à visée pronostique **indispensable à + 3 mois (A savoir !)**
 - NB : Si abcès tubo-ovarien, traitement = **chirurgie** 1ère puis ATB par C3G + Doxycycline + Métronidazol (CNGOF 2012)
- **A visée diagnostique**
 - !! seul examen permettant d'affirmer avec certitude le diagnostic
 - Signes positifs = trompes inflammatoires / adhésions / épanchement
 - Bilan lésionnel: exploration pelvis + hypochondre + prélèvements
- **A visée thérapeutique (en aigu)**
 - Adhésiolyse (destruction d'adhésions péri-tubo-ovariennes)
 - Drainage d'un abcès pelvien (pyosalpinx / abcès ovarien)
 - Toilette péritonéale / prélèvement pour ex. bactériologique / ex. anapath
- **A visée pronostique (à + 3 mois)**
 - !! systématique même si la patiente a déjà eu la coelioscopie en urgence
 - INDICATIONS du CNGOF :
 - Exploration de douleurs pelviennes chroniques
 - IGH compliquée
 - Bilan d'infertilité (Bilan des lésions tubaires et pelviennes / **perméabilité** tubaire)

Mesures associées

- **Mesures associées aux IST (5) (A savoir !)** (cf **Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.**)
 - Sérologies VIH / VHB (VHC) / VDRL-TPHA
 - Dépistage +/- **traitement des partenaires** (azithromycine minute PO)
 - Rapports protégés jusqu'à guérison (**préservatif**)
 - Information et éducation de la patiente sur les IST
 - Vaccination anti-VHB à proposer si non faite
- **Autres mesures associées**
 - **Ablation du DIU** (si présence de DIU) (**A savoir !**)
 - **Contraception** par POP indispensable (ne pas ovuler en milieu septique)
 - Éviter exposition solaire: cf cyclines
 - Arrêt de travail (en général 1M; cf infection profonde)
 - **NPO** la prescription de la coelioscopie de contrôle à +3M (recommandée mais non obligatoire !! Elle permet de déceler les complications à type d'hydrosalpinx ou kyste péritonéal)
 - Rmq : toute grossesse débutée après un ATCD d'IGH doit bénéficier d'une échographie de localisation pour éliminer une GEU +++

Surveillance

- **Clinique**: constantes (fièvre) / douleurs / leucorrhées-MTR / tolérance
- **Paraclinique**: bilan inflammatoire (CRP-NFS) / **PV** de contrôle en fin de traitement
- **Remarque**: meilleur preuve de guérison = grossesse intra-utérine évolutive
- **Remarques (CNGOF 2012)**
 - **ATB non recommandée pour** :
 - DARU
 - Hystérocopie diagnostique ou thérapeutique
 - IVG médicamenteuse
 - Pose de DIU
 - **ATB recommandée pour** :
 - IVG chirurgicale
 - hystérosalpingographie et ATCD IGH/Dilatation tubaire

B. LEUCORRHÉES

Généralités

Définition

- Leucorrhée = écoulement d'origine génitale non sanglant
- On distingue les leucorrhées
 - physiologiques = glaire cervicale + desquamation vaginale
 - → Peu abondante, indolore, inodore opalescente, ↑ en prémenstruel
 - pathologiques = dues à une infection
 - Ecosystème vaginal = Bacille de Döderleine → pH acide protecteur (évolue avec l'âge, le cycle, et la contraception)
 - NB : Tout ce qui modifie l'activité sécrétoire des cellules cervicales, est à l'origine de leucorrhées...**donc pas seulement les infections ! NPO les néplasies !**

Etiologies des leucorrhées pathologiques

- Infection génitale basse = vulvite / vaginite
 - Fongique: **candida** albicans +++
 - Parasitaire: trichomonas vaginalis / Gardnerella
 - Bactériennes: E. Coli / streptocoque / staph, etc.
- Infection génitale haute = cervicite / utéro-annexielle
 - Germes **IST** +++ : chlamydia trachomatis / gonocoque
 - Autres: germe IU (E. coli) / iatrogène (geste invasif endo-utérin)

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: atcd gynéco-obstétriques / **FdR d'IST**: partenaires multiples... / Symptômes chez partenaire
 - Orientations diagnostiques : contraception (DIU +++) / toilette intime abusive / ABT (mycose) / RS (néoplasie ou IST) / Grossesse (physiologique ou mycose)
 - Anamnèse: date des dernières règles / geste endo-utérin / évolutivité
 - Signes fonctionnels
 - Caractériser la leucorrhée: aspect / odeur / abondance / variations
 - Signes associés: **prurit** vulvaire (→mycose +++) / brûlure (→Trichomonas) / dyspareunies / douleurs pelviennes / MTR (éliminer une néoplasie ou une endométrite)
- Examen physique
 - Prise des constantes: température ++ / PA-FC / FR-SpO2
 - Examen gynécologique
 - Inspection de la vulve: recherche signes inflammatoires / lésion
 - Examen au spéculum: vaginite-cervicite / prélèvements locaux: **PV** +++
 - Toucher vaginal: recherche douleur à la mobilisation (salpingite)
 - Examen général
 - Retentissement: signes de gravité: **salpingite (A savoir !)** / défense / sepsis
 - Orientation étiologique: selon l'aspect de la leucorrhée (cf infra)

Examens complémentaires

- Prélèvements locaux (vaginal: PV) +++
 - En pratique, n'est pas fait en systématique car souvent le diagnostic est clinique
 - INDICATIONS =
 - Urérite chez le partenaire
 - Tableau clinique non typique
 - Suspicion IGH
 - Echec 1er traitement médical ou récidive
 - Examen direct extemporané: recherche PNN / filaments mycéliens / trichomonas
 - Test à la potasse (pour Gardnerella vaginalis: odeur de « poisson pourri »)
 - Ex. bactériologique: ex. direct avec Gram + mise en culture + ABG
 - Voire mycogramme si résistance au traitement
 - +/- **PCR** 1er jet d'urine pour recherche de chlamydia si doute ou direct (+)
- Bilan en cas d'IST (A savoir !)
 - Sérologies VIH (accord de la patiente) / VDRL-TPHA / VHB (+/- VHC)
 - Dépistage +/- traitement de tous les partenaires / éducation de la patiente +++

Orientation étiologique

	Leucorrhée physiologique	Leucorrhée pathologique
--	--------------------------	-------------------------

Écoulement	<ul style="list-style-type: none"> • blanche ou transparente • inodore 	<ul style="list-style-type: none"> • couleur anormale • et/ou odeur nauséabonde
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> • aucun +++ 	<ul style="list-style-type: none"> • prurit ou brûlure vulvaire • dyspareunie / douleurs
Évolutivité	<ul style="list-style-type: none"> • sécrétion en pré-ovulatoire +++ (cf glaire cervicale) 	<ul style="list-style-type: none"> • sécrétion indépendante de la phase du cycle menstruel
Prélèvement	<ul style="list-style-type: none"> • Flore de Döderlein +++ • Peu de PNN / pas de germe 	<ul style="list-style-type: none"> • Flore de Döderlein rare • PNN altérés / germe retrouvé
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun signe 	<ul style="list-style-type: none"> • Si symptomatique: IST +++

Diagnostic étiologique

Leucorrhées pathologiques non IST

- **Vulvo-vaginite à Candida albicans +++**
 - **Définition**
 - Candida albicans = saprophyte humain (flore digestive normale)
 - Auto-inoculation → devient pathogène (cf hyperacidité vaginale)
 - **Examen clinique**
 - **Terrain:** recherche facteurs d'altération flore de Döderlein
 - **généraux:** ID / diabète / grossesse ou ménopause / hyperthyroïdie
 - **locaux:** hygiène excessive / antiseptiques / pantalons serrés, etc.
 - **iatrogènes:** antibiothérapie ++ / corticothérapie / POP / progestatif
 - **Caractéristiques de la leucorrhée**
 - **Écoulement:** aspect **blanchâtre** / grumeleux (« lait caillé ») / inodore
 - **Signes associés:** **prurit** et brûlures vulvaires +++ / dyspareunie / extension postérieure parfois
 - **Ex. gynéco:** oedème vulvaire +/- lésions de grattage (vulvo-vaginite)
 - **Examens complémentaires**
 - !! Pas systématiques: seulement si doute diagnostique ou récidive
 - **Prélèvement vaginal**
 - examen direct: retrouve les filaments mycéliens
 - culture sur milieu de Sabouraud + antifongogramme
 - **Traitement**
 - **Prise en charge** ambulatoire / rassurer la patiente (pas une IST)
 - **Mesures hygiéno-diététiques +++**
 - Toilette intime avec savon alcalin ou neutre / pas vaginale (!)
 - Éviter pantalon serrés / tissus synthétiques (sous-vêtements en coton)
 - Si prise médicamenteuse: revoir le traitement / équilibrer un diabète, etc.
 - **Traitement antifongique local**
 - **Ovule anti-fongique:** en intra-vaginal sur 3J (ex: éconazole, Gynopévaryl®)
 - **Crème vulvaire anti-fongique:** 2x/j pendant 10j (ex: Pévaryl®)
 - **Si vulvo-vaginite à candida albicans récidivante (≥ 4 épisodes/an)**
 - **Traitement du partenaire:** pommade anti-fongique sur sillon pdt 10j
 - **Décontamination digestive:** antifongique de contact PO
 - **Traitement général:** antifongique systémique PO 1cp/M pdt 3M
- **Vulvo-vaginite à Gardnerella vaginalis**
 - **Définition:** « Vaginose bactérienne »: BGN hôte de la flore vaginale. Pathologique lorsque associé à des anaérobies
 - **Examen clinique:** leucorrhée abondante / grisâtre / nauséabonde
 - **Prélèvement:** test à la potasse positif / pH vaginal alcalin / Clue-cells
 - **Traitement:** métronidazole en prise unique (2g)

Leucorrhées pathologiques sur IST

(cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)

- **Vulvo-vaginite à trichomonas vaginalis**
 - **Définition:** IST parasitaire: trichomonas = protozoaire
 - **Examen clinique**
 - **FdR:** savon de Marseille (alcalinisation) / hypoestrogénie
 - **Leucorrhée:** **verdâtre** / nauséabonde / bulleuse / **brûlure**
 - **Ex. gynéco:** vulvo-vaginite +/- cervicite / piqueté hémorragique (col framboisé pour les poètes)

- Examens complémentaires
 - Prélèvement vaginal: PNN et protozoaires à l'ex. direct
 - !! Bilan IST: VIH (accord) / VHB / VDRL-TPHA (A savoir !)
- Traitement
 - Antiparasitaire local: ovule de Flagyl® 1x/j pendant 15J / 2g Métronidazol PO en 1 prise
 - Acidification par savon acide (Lactacid®)
 - !! Traitement du partenaire et MA aux IST (A savoir !) (cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
- Cervicite à chlamydia trachomatis (cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
 - Définition: IST de l'endocol / chlamydia = intra-cellulaire
 - Examen clinique
 - Asymptomatique +++ / évolution à bas bruit (rares leucorrhées)
 - Complication: **salpingite** aiguë ou chronique (cf supra)
 - Examen complémentaires
 - PCR sur 1er jet d'urine / ≥ 2H après dernière miction
 - !! Bilan IST: VIH (accord) / VHB / VDRL-TPHA / Gonocoque (A savoir !)
 - Traitement (idem gonocoque)
 - Bi-ABT minute +++
 - azythromycine (Zithromax®) PO 1g prise unique
 - ceftriaxone (Rocéphine®) 500mg IM: systématique +++
 - MA aux IST: bilan du partenaire / éducation / rapports protégés (A savoir !)
 - Surveillance: consultation de **contrôle à J7**
- Mycoplasme
 - Pathogénie controversée
 - Symptômes : simples brûlures post-coïtales
 - Traitement : Cyclines
- Cervicite à gonocoque (cf Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
 - Définition: IST de l'endocol / gonocoque = diplocoque Gram négatif
 - Examen clinique
 - Asymptomatique ++ / protage cervical
 - Parfois leucorrhée jaunâtre / vulvite / Skénite
 - +/- cervicite au spéculum avec glaires purulentes / parois vaginales fragiles et hémorragiques
 - Partenaire très symptomatique ("chaude pisse")
 - Examens complémentaires
 - Prélèvement: ex. direct = diplocoque Gram négatif / culture chocolat
 - !! Bilan IST: VIH (accord) / VHB / VDRL-TPHA / Chlamydia (A savoir !)
 - Traitement (idem chlamydia)
 - Bi-ABT minute +++
 - ceftriaxone (Rocéphine®) 500mg en IM pour gonocoque
 - azythromycine (Zithromax®) PO 1g systématique +++
 - MA aux IST: Bilan du partenaire / éducation / rapports protégés (A savoir !)
 - Surveillance: consultation de **contrôle à J7**

Synthèse

Etiologie	leucorrhées	signes associés	paraclinique	traitement
Candida albicans	<ul style="list-style-type: none"> ● Blanchâtres ● Grumeuleuses ● Inodores 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prurit ● Dyspareunies 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aucun ++ ● Ex. direct 	<ul style="list-style-type: none"> ● Antifongique local(ovule + crème)
Gardnerella vaginalis	<ul style="list-style-type: none"> ● Grisâtres ● Mousseuses ● Malodorantes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dyspareunies 	<ul style="list-style-type: none"> ● Test à la potasse ● Ex. direct 	<ul style="list-style-type: none"> ● Métronidazole PO
Trichomonas Vaginalis	<ul style="list-style-type: none"> ● Verdâtres ● Malodorantes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dyspareunies 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ex. direct ● Bilan IST +++ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ovule Flagyl® ● MA aux IST
Neissera Gonorrhoea	<ul style="list-style-type: none"> ● Jaunâtres 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cervicite 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prélèvement ● Bilan IST +++ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bi-ABT minute ● MA aux IST

Chlamydia
Trachomatis

• Sanguines

• Cervicite
hémorragique

• PCR 1er jet
• Bilan IST +++

• Bi-ABT minute
• MA aux IST

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 2 principaux germes responsables des salpingites aiguës ?

- Chlamydia trachomatis +++ (60%)
- Gonocoque (10%)

Quel examen radiologique doit-on faire en 1ère intention devant des douleurs utérines accompagnées de leucorrhées ?

- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale

Quel est la principale complication tardive redoutée de la salpingite aiguë ?

- Stérilité tubaire