

# MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE, SALPINGITE, ABCES TUBO-OVARIEN

## • Aspects cliniques et commentaires

- La maladie inflammatoire pelvienne (MIP) réfère à une infection aigüe des organes génitaux supérieurs de la femme impliquant l'utérus et/ou les tubes de Fallope et/ou les ovaires. Souvent les organes pelviens voisins sont également impliqués ce qui résulte en endométrite, salpingite, oophorite, péritonite, périhépatite, abcès tubo-ovarien, ....
- Diagnostic.
  - Difficile à cause de la grande variabilité des signes et symptômes (pas de "golden standard"). Souvent symptomatologie subtile et modérée.
  - Test de grossesse, recherche de maladies sexuellement transmises (y compris l'infection au VIH).
  - Examens spécifiques additionnels (pas obligatoires pour toutes les patientes avec MIP).
    - Biopsie endométriale (preuve histopathologique d'endométrite).
    - Echographie transvaginale ou MRI pour révéler des dilatations, des trompes remplies de liquide, la présence de liquides pelviens, des abcès tubo-ovariens. Examens Doppler pour révéler des infections pelviennes.
    - Laparoscopie pour détecter des anomalies compatibles avec MIP.
  - La plupart des patientes avec MIP ont soit des pertes cervicales mucopurulentes, soit des globules blancs sur examen direct d'une préparation saline du liquide vaginal. Si les pertes vaginales paraissent normales en absence de globules blancs, le diagnostic de MIP est peu probable et d'autres causes de douleurs pelviennes doivent être considérées.
- Diagnostic et traitement tardifs contribuent aux séquelles inflammatoires du tractus génital supérieur.
- Traitement en ambulatoire limité aux patientes avec maladie légère ou modérée (température < 38 °C, globules blancs < 11.000/mm<sup>3</sup>, peu ou pas d'évidence de péritonite, bruits intestinaux actifs) et capables de prendre leur médication par voie orale.
- Hospitalisation indiquée en cas:
  - de pathologie sévère.
  - de diagnostic incertain (impossibilité d'exclure une grossesse extra-utérine, une appendicite).
  - d'impossibilité de garantir une bonne compliance et un suivi correct endéans les 72 heures.
  - d'abcès pelvien ou tubo-ovarien avec péritonite franche.
  - de grossesse.
  - d'infection au VIH.
  - de présence d'un dispositif intra-utérin (risque principalement limité aux 3 premières semaines après l'insertion).
  - d'incapacité de prendre des médicaments par voie orale.
  - d'échec thérapeutique après 48 heures de traitement ambulatoire approprié.
  - d'allergie IgE médiée aux pénicillines.

## • Pathogènes impliqués

En général, infection polymicrobienne.

- *Chlamydia trachomatis*.
- *Neisseria gonorrhoeae* (± 35% des cas sont dus à ces 2 premiers pathogènes).
- Anaérobies [trouvés dans le vagin et associés à la vaginose bactérienne (*Bacteroides* spp., coques à Gram positif anaérobiques), mais probablement moins importants qu'estimé auparavant].
- Entérobactéries.
- Streptocoques du groupe B (*Streptococcus agalactiae*).
- *Streptococcus pneumoniae*.
- *Mycoplasma hominis*.
- *Mycoplasma genitalium*.
  - 2 à 15% en fonction du groupe à risque.
  - Cours de maladie plus indolent (en comparaison avec MIP à *Neisseria gonorrhoeae*).
  - Actuellement ni recherché ni pris en considération pour le choix d'un régime antibactérien dans la plupart des hôpitaux belges. Toutefois, de l'évidence plus récente suggère un quadruplement du risque d'échec thérapeutique après traitement par la doxycycline quand ce pathogène est impliqué. La doxycycline est peu efficace contre ce pathogène (taux de guérison de 17 à 92%) et même la résistance contre l'azithromycine augmente (40% au Danemark et 31% aux Pays-Bas). Même si l'azithromycine reste plus efficace que la doxycycline (taux de guérison de 61 à 100%), la moxifloxacine semble être le meilleur antibiotique.
- *Ureaplasma urealyticum*.
- *Human cytomegalovirus*.
- *Herpes simplex virus*.

## • Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes (doivent toujours couvrir *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, même si ces pathogènes n'ont pas été détectés).
  - Traitement initial.
    - Pathologie sévère.
      - ▲ Premier choix: amoxicilline-clavulanate + ceftriaxone + doxycycline.
      - ▲ Alternatives (peu de données disponibles).
        - △ Amoxicilline-clavulanate + azithromycine.
        - △ Azithromycine + métronidazole.
        - △ Azithromycine + ornidazole.
    - Pathologie légère ou modérée (traitement par voie orale puisque les résultats sont équivalents à ceux des traitement parentéraux).
      - ▲ Ceftriaxone + doxycycline + métronidazole.
      - ▲ Ceftriaxone + doxycycline + ornidazole.
      - ▲ Ceftriaxone + azithromycine + métronidazole.
      - ▲ Ceftriaxone + azithromycine + ornidazole.
  - Après échec du traitement de première ligne.
    - Moxifloxacine + ceftriaxone + métronidazole.
    - Moxifloxacine + ceftriaxone + ornidazole.
- Posologies standard.
  - Amoxicilline-clavulanate: (2 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q8h ou (1 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q6h.
  - Azithromycine.
    - Pathologie sévère: dose de charge de 500 mg po au jour 1, suivie, à partir de jour 2, par 250 mg po q24h.
    - Pathologie légère ou modérée: 1 g po 1 x par semaine.
  - Ceftriaxone: dose unique d'au moins 500 mg iv ou im.
  - Doxycycline: 200 mg po q24h ou 100 mg po q12h.
  - Métronidazole.
    - Pathologie sévère: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
    - Pathologie légère ou modérée: 500 mg po q8h.
  - Moxifloxacine: 400 mg po q24h.
  - Ornidazole.
    - Pathologie sévère: 1 g iv q24h.
    - Pathologie légère ou modérée: 1 g po q24h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
  - Amoxicilline-clavulanate: 14 jours (iv pendant 4 jours et au moins jusqu'à ce que la patiente est afebrile pendant 2 jours).
  - Azithromycine: 7 à 14 jours.
  - Ceftriaxone: dose unique.
  - Doxycycline, moxifloxacine: 14 jours.
  - Métronidazole, ornidazole: 14 jours (en cas de pathologie sévère, iv pendant 4 jours et au moins jusqu'à ce que la patiente est afebrile pendant 2 jours).