

Infections aigües génitales basses « aux urgences » (chez une femme en période d'activité ovarienne)

Professeur Roland Quentin

Département de Microbiologie Médicale et Moléculaire, EA 3854 « Bactéries et risque maternofoetal » UFR Médecine 37000 TOURS.

Il s'agit d'un problème de pathologie courante.

La démarche doit toujours procéder dans l'ordre suivant :

- d'abord, faire un bon examen clinique permettant d'avoir une orientation diagnostique, en fonction de laquelle
- ensuite, on réalise des prélèvements, à partir desquels
- enfin, on peut prescrire un traitement adapté.

I - Signes d'appels aux urgences

- Leucorrhées, prurit, brûlures, dyspareunie, parfois métrorragies et douleurs pelviennes.

II - Diagnostiques infectieux à évoquer

- Mycose aiguë ;
- Vulvovaginite à *Trichomonas vaginalis*
- Vaginose bactérienne ;
- Herpès génital ;
- Endocervicites à gonocoques et *Chlamydiae*.

Erreurs à ne pas commettre :

➤ Méconnaître une infection utéro-annexielle lorsqu'il y a des signes évoquant une endocervicite ou si l'infection survient après un accouchement, un avortement, une exploration par voie basse ou chez une porteuse de stérilet (voir chapitre : infections hautes).

➤ Penser que les bactéries de portage (streptocoques du groupe B (5 à 25% de femmes porteuses), *E. coli* (2 à 5 % de porteuses), entérocoques (0,2 à 0,5% de porteuses), *S. aureus* (0,2 à 0,5 % de porteuses), *H. influenzae* (0,2 % de porteuses)) etc... puissent être responsables de vaginites ou d'endocervicites chez la femme en âge de procréer. Ces agents donnent parfois des vaginites chez la petite fille et la femme ayant une atrophie vaginale **majeure**. On se leurre d'autant plus que les laboratoires multiplient les antibiogrammes sur ces bactéries dont le dépistage n'a d'intérêt que chez la femme enceinte. En présence de signes infectieux utéro-annexiels dans un contexte à risque (après un accouchement ou un avortement, exploration par voie basse, porteuse de stérilet), ces bactéries peuvent être en cause. Elles doivent alors être retrouvées sur le prélèvement d'endocol (voir chapitre : infections hautes).

III – Physiopathologie

• **Mycoses aiguës et subaiguës** : trouble écologique du milieu vaginal lié à la prolifération de Levures (portage naturel vaginal chez 15 à 20% des femmes) avec libération de candidine, une protéine allergisante. Ceci explique la symptomatologie d'allergie et l'absence de réponse inflammatoire de l'hôte (frottis vaginal non inflammatoire : peu de leucocytes dans les sécrétions vaginales).

• **Vulvovaginite à *Trichomonas vaginalis*** : maladie sexuellement transmissible (MST) due à *T. vaginalis*. Il s'agit du seul agent infectieux capable d'entraîner une inflammation d'origine infectieuse de la muqueuse vaginale chez la femme en période d'activité ovarienne (frottis vaginal inflammatoire : leucocytes en grand nombre dans les sécrétions vaginales).

• **Vaginose bactériennes** : trouble écologique du milieu vaginal lié à la prolifération polybactérienne ($> 10^8/g$ de sécrétions vaginales) de bactéries usuellement présentes dans le vagin (tableau I). Cette prolifération s'accompagne d'une forte diminution des lactobacilles et d'une production de métabolites bactériens allergisants. Comme au cours de la mycose, la symptomatologie relève d'un mécanisme allergique. Il n'y a pas de réponse inflammatoire de l'hôte (frottis vaginal non inflammatoire : peu de leucocytes dans les sécrétions vaginales).

• **Herpès génital** : infection due aux virus herpès simplex de type I ou plus souvent de type II. La symptomatologie (vésicules, ulcérations) est plus ou moins importante selon que l'infection survient chez le sujet ayant déjà fait ou non un herpès labial ou s'il s'agit ou non d'une récurrence.

• **Endocervicites à gonocoques et *Chlamydiae*** : *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont deux agents de MST. Ces 2 bactéries sont les seuls agents capables de donner une endocervicite. En effet, il n'a jamais été démontré que les agents de portage vaginal (*S. agalactiae*, *E. coli*, mycoplasmes...) étaient capables de franchir le verrou microbiologique du col pour infecter l'endocol.

IV – Orientation diagnostique

1. **la symptomatologie est manifestement d'ordre allergique** : prurit +++ , œdème, muqueuse vaginale non inflammatoire, sécrétions adhérentes aux parois vaginales, il faut évoquer une mycose ou une vaginose :

- Les sécrétions sont blanches, grumeleuses et/ou la pathologie survient après une antibiothérapie, il n'y a pas d'odeur désagréable des sécrétions : évoquer la mycose
- Les sécrétions sont grisâtres, adhérentes aux parois vaginales dans les 2/3 inférieurs du vagin et bulleuses près du col, il existe une odeur désagréable surtout après les rapports ou la toilette : évoquer la vaginose.

1. **la symptomatologie est manifestement infectieuse** : brûlures++, prurit+/-, muqueuse vaginale inflammatoire et/ou sécrétions purulentes éventuellement au niveau du col, il faut évoquer les MST (vaginite à *T. vaginalis*, endocervicites à gonocoques et *Chlamydiae*) :

- Les signes s'accompagnent de douleurs vulvo-vaginales importantes et d'ulcérations plus ou moins étendues, il faut penser à l'herpès génital.
- Les leucorrhées sont abondantes, bulleuses, aérées, verdâtres avec éventuellement des signes urinaires, il faut penser à *T. vaginalis*.
- Il existe un écoulement cervical purulent ou séropurulent ou un col inflammatoire ou saignant au contact, et/ou des signes d'infection urinaire ou une leucocyturie à ECBU négatif, et/ou un partenaire atteint d'une infection uro-génitale, et/ou il s'agit d'une patiente atteinte d'une MST quelle qu'elle soit ou ayant des partenaires multiples, il faut penser à l'endocervicite à gonocoque ou à *Chlamydiae*.

NB : ne pas oublier que lorsqu'on envisage une infection à *T. vaginalis*, il faut éliminer par un prélèvement d'endocol une endocervicite à *C. trachomatis* et à gonocoque et inversement.

V – Les prélèvements

1. On suspecte une mycose, une vaginose ou une infection à *T. vaginalis* : il faut faire un prélèvement vaginal.

○ **Comment ?**

A l'écouvillon imbibé d'eau salée à 9‰ si les lésions sont sèches. Charger au maximum l'écouvillon. Deux écouvillons peuvent être faits (un pour l'état frais, l'autre pour la coloration de Gram).

○ **Où ?**

« Là où ça fait mal, là où ce n'est pas normal à l'examen clinique ».

○ **Le transport :**

Les écouvillons peuvent être stockés à + 4°C pendant 12 heures, l'essentiel est qu'ils ne se déshydratent pas. Si l'on pense à du Trichomonas, le prélèvement doit être rapidement transporté ou effectué au laboratoire. Rappelons que la mise en culture n'a pas d'intérêt pour les prélèvements vaginaux dans le cadre des pathologies infectieuses du vagin. L'ensemble des diagnostics des pathologies vaginales bactériennes et parasitaires se fait à l'examen direct (état frais et coloration de Gram). Les cultures d'un prélèvement vaginal ont comme objet la recherche de bactéries à haut risque infectieux (BHRI) pour la femme enceinte et son nouveau-né (streptocoque B, *E. coli*, *Hemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*...) et ne sont donc informatives que chez la femme enceinte. La présence de ces bactéries ne peut expliquer une symptomatologie aiguë qui conduise une femme en période d'activité ovarienne aux urgences. En outre, ce portage de BHRI ne doit absolument pas faire l'objet d'une prescription antibiotique qui déséquilibre la flore vaginale et sont ainsi à l'origine de mycoses et de vaginoses. Ces BHRI ne sont responsables de vulvovaginites que chez la petite fille ou la femme ayant une atrophie vaginale majeure.

○ **Interprétation de vos résultats bactériologiques :**

- **la mycose :** frottis vaginal non inflammatoire (peu de leucocytes, présence de cellules vaginales) + flore de Doderlein conservée + présence de Levures à l'examen direct (état frais et/ou coloration de Gram). Les cultures, l'identification et l'antifongigramme n'ont pas d'intérêt dans la mycose aiguë.

- **Les vaginoses bactériennes :** frottis vaginal non inflammatoire (peu de leucocytes, présence de cellules vaginales) + flore de Döderlein disparue ou diminuée + flore de grade III de Spiegel ou score de 7 à 10 de Nugent à la coloration de Gram (méthodes actuellement de référence pour le diagnostic de vaginose). Les cultures de mycoplasmes, de *G. vaginalis* et autres agents impliqués dans les vaginoses (tableau I) n'ont pas d'intérêt pour le diagnostic des vaginoses (recommandations ANAES de grade A). Il n'y a donc plus actuellement d'indications à prescrire ces recherches sur les prélèvements vaginaux ; ce sont les vaginoses à la coloration de Gram qu'il faut savoir diagnostiquer.

- **L'infection à *T. vaginalis* :** Frottis vaginal inflammatoire (nombreux leucocytes et quasi-disparition des cellules vaginales) + disparition des lactobacilles remplacés par une flore monobactérienne (souvent une BHRI) + présence de *T. vaginalis* à l'état frais.

2. On suspecte un herpès génital : il faut faire un prélèvement vulvovaginal.

○ **Comment ?**

A l'écouvillon (situé dans un milieu de transport spécifique).

○ **Où ?**

Sur les lésions vésiculeuses lorsqu'elles existent ou sur le fond des ulcérations.

○ **Le transport :**

la conservation dans le milieu de transport à 4°C est bonne.

○ **Interprétation des résultats virologiques :**

- Présence de virus herpès quelle que soit la technique utilisée (délai maximum de réponse : 10 jours).

3. On suspecte une endocervicite: il faut faire un prélèvement d'endocol pour la recherche de gonocoques et de *Chlamydiae* (rappelons qu'il n'y a pas d'autres étiologies connues d'endocervicites actuellement). L'isolement par culture de streptocoques du groupe B ou d'autres streptocoques, de *Escherichia. coli* ou d'autres entérobactéries, d'entérocoques, de staphylocoques etc... sur un prélèvement d'endocol chez une femme n'ayant pas d'infection utérine liée à un facteur de risque (stérilet, post-partum, post-abortum, investigations ou traitements effectués par voie transcervical) ne sont pas des étiologies reconnues d'endocervicites. Il s'agit le plus souvent de contaminants vaginaux isolés sur l'endocol en raison d'un prélèvement d'endocol mal réalisé. Ces bactéries font souvent l'objet d'antibiogrammes abusifs par les laboratoires qui ne devront pas vous conduire à prescrire une antibiothérapie en l'absence de signes cliniques et biologiques d'endométrite ou de salpingite.

○ **Comment réaliser un endocol ?**

Avec deux écouvillons, l'un pour le gonocoque, l'autre pour les *Chlamydiae*, chacun situé dans un milieu de transport spécifique. Il faut nettoyer l'exocol à l'aide d'une compresse imbibée d'un antiseptique qu'il faut laisser agir 2 minutes pour éviter les contaminants vaginaux (recommandations ANAES), les inhibiteurs de PCR et les réactions croisées.

○ **Où ?**

On prélève d'abord avec un écouvillon en coton pour le gonocoque en frottant longuement et fortement dans l'endocol. Puis, on prélève avec un écouvillon en dacron pour les *Chlamydiae* en tentant de ramener le plus possible de cellules endocervicales. Un prélèvement urétral ou une recherche de ces 2 germes sur le premier jet d'urine doit être couplé au prélèvement d'endocol.

○ **Le transport :**

Dans les 12h, la conservation dans le milieu de transport est bonne. Pour la température de stockage, suivre les indications du fabricant du « kit » fourni par votre laboratoire.

○ **Interprétation des résultats bactériologiques :**

- **Gonocoque :** présence de gonocoques en culture (indispensable) sur 2 géloses chocolat avec et sans inhibiteurs incubées pendant 5 jours. L'identification biochimique de la souche et la recherche d'une β - lactamase est indispensable.

- ***C. trachomatis* :** présence d'acides nucléiques de *C. trachomatis* par amplification génique (PCR ou équivalent). Les autres méthodes (culture et recherche d'antigènes) sont moins sensibles et moins spécifiques. La sérologie n'a pas de place dans le diagnostic des endocervicites.

V. Le traitement (exemples)

1. Les mycoses

***forme aiguë :** traitement à début progressif pour éviter la libération dans le milieu vaginal de grandes quantités de candidine qui majore la symptomatologie.

– Mycostatine® comprimés gynécologiques 1 le soir 5 à 7 jours puis dérivés de l'éconazole (ex : GynoPévaryl 150® ou GynoDaktarin 400® 1 ovule le soir 3 jours ou GynoTrosyd 300 LP® ou GynoPévaryl 150 LP® 1 ovule un soir)

+ application vulvaire matin et soir pendant 10 jours de Econazole® crème ou équivalent.

***forme subaiguë:**

– Dérivés de l'éconazole (ex : GynoPévaryl 150® ou GynoDaktarin®400) 1 ovule le soir 3 jours + application vulvaire matin et soir pendant 7 jours de Econazole® crème ou équivalent.

Si les récurrences sont nombreuses, prévoir une consultation « à froid » pour rechercher des éléments favorisants et envisager un traitement à long terme.

2. Les vaginoses

- Métronidazole (Flagyl®) per os 500 mg matin et soir pendant 7 jours. La prescription d'ovules locaux n'a pas fait la preuve de son efficacité. Les traitements courts exposent plus souvent aux récurrences.

3. L'infection à *Trichomonas*

- Métronidazole (Flagyl®) per os 250 mg matin, midi et soir pendant 10 jours ou secnidazole (Secnol®) un sachet de 2g à renouveler 15 jours plus tard.

Traiter le partenaire.

4. L'herpès génital

- Primo-infection : Zelvirex® 500 mg comprimé 1cp 2 fois par jour 10 jours.

- Pousse de récurrence : Zelvirex® 500 mg comprimé 1cp 2 fois par jour 5 jours.

Si les récurrences sont nombreuses, prévoir une consultation « à froid » pour envisager un traitement préventif.

5. Les endocervicites

En l'attente de données bactériologiques : Azithromycine (Zithromax®) 1g en une dose (contre indiqué au 1^{er} trimestre de la grossesse) (+ traiter le partenaire et abstinence jusqu'à guérison). Chez la femme enceinte Erythromycine (Erythrocin®) 1 g 2 fois /j 7 à 10 j.

Puis 3 à 5 jours après, voir les résultats de l'endocol :

- il s'agit de *C. trachomatis* : pas d'autre traitement, contrôle de guérison 3 semaines plus tard (prélèvement d'endocol pour recherche de *C. trachomatis*). Si le contrôle est positif, chez la femme enceinte Amoxicilline : 500 mg 4 fois/j 7 à 10 j. En l'absence de grossesse, choisir doxycycline (Vibramycine®) 100 mg 2 fois/j 7 à 10 j, ou érythromycine (Erythrocin®) 1g 2 fois /j 7 à 10 j, ou Ofloxacine (Oflozet®) 200 mg 2 fois/j 7 à 10 j.

- il s'agit de *Neisseria gonorrhoeae*, compléter le traitement initial par un traitement minute : ceftriaxone (Rocéphine®) 250 mg IM dose unique, ou ciprofloxacine (Ciflox®) 500 mg per os prise unique (C.I. femme enceinte), ou céfixime (Oroken®) 400 mg per os prise unique, ou spectinomycine (Trobicine®) 2 g IM dose unique. Contrôle de guérison (prélèvement d'endocol pour recherche de gonocoque) 1 à 2 semaines plus tard.

Tableau 1. Bactéries impliquées dans les vaginoses bactériennes.
La prolifération des agents concernés et polybactérienne.

Bactéries	Flore normale	Vaginoses
<i>Prevotella</i>	40 %	91 %
<i>Peptostreptococcus</i>	60 %	80 %
<i>G. Vaginalis</i>	11 à 69 %	90 %
<i>M. curtisii et mulieris</i>	< 6 %	14 à 96 %
<i>M. hominis</i>	0 à 22 %	24 à 75 %
<i>M. urealyticum</i>	50 %	50 %
<i>M. genitalium</i>	10 %	< 10 %
<i>Atopobium vaginae</i>	0 à 8 %	40 à 70 %
<p>Mais aussi : Streptococcus acidominus, S. intermedius, S. morbillorum, Atopobium rimae, Bifidobacterium urinalis, Leptotrichia amnionii, Sneathia sanguinegens.</p>		