

Item 88 : Infections génitales de la femme : Salpingites (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Col de l'utérus :

A - Le col est la partie de l'utérus qui est dans le vagin.

B - L'orifice interne du canal endocervical est au niveau de l'isthme utérin.

C - Le col est « amarré » au pelvis par les ligaments pubo-vésicaux en avant.

D - L'exocol est constitué d'un épithélium malpighien et l'endocol d'un épithélium cylindrique.

(Réponse : BCD)

QUESTION 2/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Utérus :

A - Mécaniquement, il y a mobilité du col et du corps utérin autour de l'isthme.

B - Habituellement, l'utérus est antéversé.

C - Le myomètre comporte trois couches de fibres musculaires striées.

D - Au moment des règles, ce n'est que la partie superficielle de l'endomètre qui desquame.

(Réponse : ABD)

QUESTION 3/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Trompes :

A - Les trompes ou oviductes sont deux formations tubulaires de 10 à 12 cm qui prolongent les cornes utérines, situées à la partie supérieure du ligament large.

B - L'ostium utérin de la trompe fait environ 1 mm de diamètre.

C - Le pavillon de la trompe comporte une quinzaine de franges, celle qui va jusqu'à l'ovaire s'appelle frange de Richard.

D - Sous la muqueuse tubaire se trouve une musculature qui comporte des fibres musculaires lisses circulaires et longitudinales.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 4/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Ovaires :

A - La taille habituelle des ovaires est de 35 x 20 x 10 mm.

B - L'ovaire est fixe dans la cavité abdominale.

C - Le mésovarium unit l'ovaire au ligament large.

D - De la surface vers le centre de l'ovaire, on trouve : l'épithélium germinatif composé d'une seule couche de cellules cubiques puis un tissu conjonctif dense appelé albuginée de l'ovaire, dont la partie médullaire est parcourue par la vascularisation et par l'innervation, alors que la partie corticale contient les follicules ovariens.

(Réponse : ACD)

QUESTION 5/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Ovaires :

A - Dans le cycle de réponse sexuelle, on distingue habituellement 4 phases : phase de désir, phase d'éveil, phase orgasmique, phase de résolution.

B - Durant la phase d'éveil, le changement majeur à la fois chez l'homme et la femme est la vasocongestion pelvienne accompagnant la myotonie.

C - Chez l'homme, pendant la phase d'éveil, il y a entre autres la stimulation de la glande de Cowper.

D - Chez la femme, pendant la phase d'éveil, il y a entre autres engorgement vasculaire de la paroi vaginale et accroissement de la tension du muscle pubo-coccygien.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 6/6 :

Physiologie du péritoine et mécanismes de défense de l'organisme en réaction à une infection pelvienne :

A - Dans un contexte infectieux d'origine pelvienne, il n'y a jamais d'adhérences péritonéales séquellaires.

B - En cas d'écoulement purulent originaire d'une salpingite, on retrouve généralement un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas.

C - Dans les stades avancés de salpingite, on peut retrouver des adhésions tubaires avec les autres viscères pelviens, le péritoine et les anses digestives.

D - En cas de pyosalpinx, il y a une nécrose tubaire avec collection en abcès, mais on n'a jamais d'agglutination de l'épiploon comme dans le cas d'une appendicite aiguë.

(Réponse : BCD)

QCM

QUESTION 1/3 :

Quel est le principal germe en cause ?

A - Chlamydiae trachomatis.

B - Neisseria gonorrhoeae.

C - Mycoplasma hominis.

D - Ureaplasma urealyticum.

(Réponse : A)

QUESTION 2/3 :

Le traitement repose sur :

A - Association d'antibiotiques : Amoxicilline + acide clavulanique + cycline.

B - Voie parentérale initiale.

C - Poursuite systématique par Augmentin* pendant 7 j + Cycline : 2 semaines (au total).

D - Traitement du partenaire.

(Réponse : ABD)

QUESTION 3/3 :

Quelles sont les principales complications des salpingites ?

A - Inflammation résiduelle avec adhérences dans 25 à 100 %.

B - Dystrophie ovarienne.

C - Phimosis tubaire.

D - Hydrosalpinx.

(Réponse : ABCD)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mlle X., 21 ans, célibataire, consulte pour un syndrome douloureux abdominal. Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une IVG un an auparavant. Depuis quelques heures elle se plaint d'une douleur dans l'hypochondre droit, intense, exagérée par la toux, ayant débuté brutalement et accompagnées de nausées.

À l'examen : PA : 11/7, pouls : 90/min, température : 38,5 °C. La palpation abdominale met en évidence une défense strictement localisée à l'hypochondre droit. Les touchers pelviens sont douloureux, surtout à la mobilisation utérine. Il existe des leucorrhées purulentes. Examens complémentaires : hémoglobine et plaquettes : normales ; globules blancs : 13000 avec 80 % de polynucléaires neutrophiles ; CRP = 80 ; le reste du bilan (biologie hépatique, amylasémie, ASP, échographie abdominale, pelvienne et rénale) est normal.

QUESTION 1/6 :

Diagnostic le plus probable ?

Réponse attendue :

Salpingite aiguë avec périhépatite (réalisant un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) probablement à chlamydiae ou à gonocoque.

Justification : terrain, examen clinique associant des signes pelviens et une douleur caractéristique à type de pseudo-cholécystite, leucorrhées purulentes, syndrome infectieux biologique, normalité du bilan hépatique et des imageries pratiquées.

QUESTION 2/6 :

Quels sont les germes le plus souvent en cause ?

Réponse attendue :

- Chlamydiae trachomatis (~ 80 %) ;
- Neisseria gonorrhoeae (~ 20 %) ;
- Autres : germes opportunistes : streptocoques, staphylocoques, Escherichia coli, mycoplasmes, Ureaplasma.

QUESTION 3/6 :

Quel examen permet au mieux d'affirmer le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ? Détaillez.

Réponse attendue :

Cœlioscopie exploratrice et opératoire avant tout traitement antibiotique permettant un diagnostic bactériologique et lésionnel précis. On recherchera :

- un aspect inflammatoire des trompes et de leur pavillon (salpingite catarrhale) un exsudat séropurulent à prélever voire des fausses membranes (salpingite purulente) ;
- une inflammation du péritoine (aspect congestif) avec éventuellement un épanchement dans le péritoine, périhépatique et/ou dans les gouttières pariétocoliques.

Le bilan lésionnel recherche des adhérences pelviennes et abdominales, apprécie l'aspect et la position relative des organes pelviens (notamment le rapport trompe/ovaire).

N.B. : On ne cherchera pas à libérer ces adhérences dans un premier temps. On notera le caractère unilatéral ou bilatéral de la salpingite, en précisant le côté le cas échéant. On recherche des complications de la salpingite : pyosalpinx (à drainer), abcès ovarien, périhépatite (adhérences hépato-pariéto-colique en corde de violon). On éliminera un diagnostic différentiel (appendice sain).

QUESTION 4/6 :

Quels autres examens complémentaires avez-vous demandé avant celui-ci ?

Réponse attendue :

Avant le début du traitement :

- Prélèvements bactériologiques : hémoculture aérobie et anaérobie, ECBU ;
- Prélèvements à la pipette et à la cytobrush : endocol, exocol, culs-de-sac vaginaux, urètre pharynx, anus ;
- Avec pour chaque prélèvement recherche de germes extracellulaires et intracellulaires (milieux de transports adaptés), recherche spécifique de Chlamydiae par immunofluorescence ;
- Mise en culture aéro-anaérobie, gélose au sang, cultures cellulaires, PCR à la recherche de Chlamydiae dans les urines.
- Sérologies : MST : syphilis, hépatite B, mycoplasmes, Chlamydiae, HIV avec accord de la patiente (répéter les sérologies si nécessaire) ;
- Recherche d'une grossesse : β -hCG qualitatif.

- Prélèvement et sérologies du ou des partenaires.
- Bilan préopératoire.
- Frottis cervico-vaginal de dépistage selon le statut de la patiente.

QUESTION 5/6 :

Quels sont les principes du traitement et les mesures à prendre ?

Réponse attendue :

- Hospitalisation en milieu spécialisé,
- Prévention des complications de décubitus,
- Mise en place d'une voie veineuse périphérique avec rééquilibration hydro-électrolytique, antalgiques parentéraux si nécessaire, antibiothérapie efficace sur les germes habituellement responsables de cette pathologie puis secondairement adaptée à l'antibiogramme ;
- Contraception efficace pendant un minimum de trois mois en respectant les contre-indications propres à la patiente, rapport protégés par préservatifs,
- Traitement du ou des partenaire(s) information et prévention des maladies sexuellement transmissibles,
- Arrêt de travail 1 mois après la sortie,
- Déclaration obligatoire en cas d'infection à gonocoque.

En cas de persistance des douleurs :

- Coelioscopie de second look 3 mois après l'épisode aigu.
- Surveillance régulière de l'état de la patiente.

QUESTION 6/6 :

Détaillez votre prescription d'antibiothérapie.

Réponse attendue :

Bi-antibiothérapie bactéricide à large spectre en attendant les résultats de l'antibiogramme, synergique à bonne diffusion intracellulaire, débutée après les prélèvements et la coelioscopie, secondairement adaptée, en l'absence de contre-indication, associant par exemple : Amoxicilline + acide clavulanique et vibreaveineuse ; poursuivie par voie intraveineuse jusqu'après 48 heures d'apyrexie, puis relais per os pour un total de 15 jours d'amoxicilline acide clavulanique et 3 semaines de vibramycine (relais de la vibreaveineuse).

N.B. : En cas d'allergie à la pénicilline, on peut mettre de l'ofloxacine en remplacement.

Surveillance : température, état clinique bilan biologique inflammatoire deux fois par semaine pendant toute la durée du traitement.