

Item n° 88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une infection génitale de la femme.
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

INTRODUCTION

1. Définitions

Les leucorrhées sont des pertes non sanglantes de l'appareil génital féminin. On distingue :

- **leucorrhées physiologiques** : elles proviennent de la desquamation vaginale et de la glaire cervicale, d'abondance variable au cours du cycle menstruel.
- **leucorrhées pathologiques** : lorsque les leucorrhées physiologiques se modifient en couleur, en abondance, en aspect, en odeur, elles sont dites pathologiques. Elles sont secondaires soit à des infections non sexuellement transmissibles (levure, vaginose bactérienne...), soit à des IST.

Ces leucorrhées pathologiques (T88-1) peuvent résulter :

- d'une **infection génitale basse** (vulvo-vaginite, cervicite)
- d'une **infection génitale haute** (salpingite le plus souvent, endométrite, pelvi-péritonite)
 - Risque de complications :
 - immédiates (rares) : abcès, péritonite, septicémie
 - 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 manœuvre endo-utérine, faible niveau socio-économique.
 - Microorganismes associés : ceux des IST surtout, et ceux de la flore vaginale (streptocoques, anaérobies, entérobactéries).

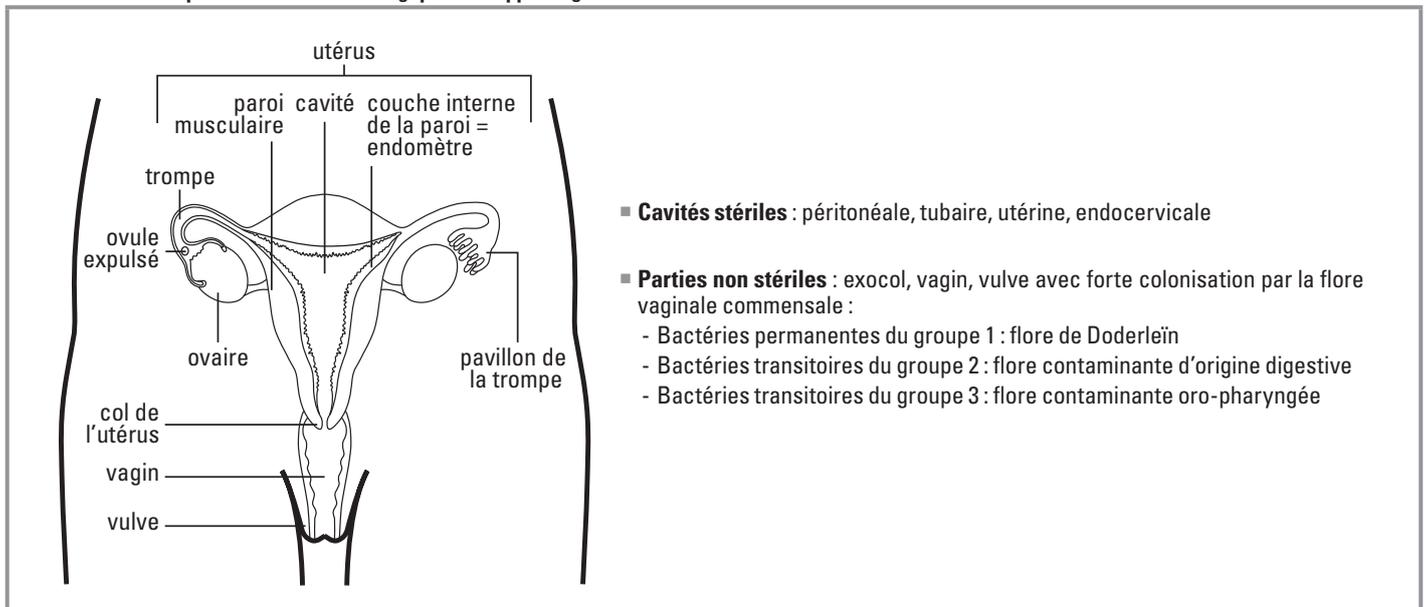
Toute infection génitale, haute ou basse, impose le dépistage et le traitement du (des) partenaire(s) et un dépistage sérologique de syphilis, VIH et VHB.

- de causes non infectieuses (néoplasie de l'appareil génital...)

2. Caractéristiques anatomo-bactériologiques de l'appareil génital féminin

- À l'état physiologique chez la femme, on retrouve dans l'écosystème vaginal (figure F88-1) :
 - de manière permanente des bactéries du **groupe 1** composées de lactobacilles, spécifiquement adaptés à la muqueuse vaginale (flore de Doderleïn). Ces bactéries transforment le glycogène contenu dans les cellules vaginales et cervicales en acide lactique. Celui-ci explique le pH acide du vagin qui est un facteur protecteur vis-à-vis de la pullulation microbienne.
 - de manière transitoire des bactéries du **groupe 2** : flore «contaminante» d'origine digestive (entérobactéries, *Streptococcus agalactiae*, anaérobies, *Gardnarella vaginalis*, entérocoques, staphylocoques) et des bactéries du **groupe 3** : flore «contaminante» d'origine oro-pharyngée (*Haemophilus*, *Streptococcus pyogenes*).
- À l'état physiologique, la cavité endocervicale ne possède donc pas de bactéries commensales. Elle constitue une barrière entre le vagin et l'utérus protégeant ainsi la cavité ovulaire.

F88-1 : Caractéristiques anatomo-bactériologiques de l'appareil génital féminin



I DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION GÉNÉTALE DE LA FEMME

1. Diagnostiquer une infection génitale basse

1-1. L'infection est

- Souvent peu symptomatique, voire asymptomatique (50 % des infections à gonococcie et 70 % des infections à *Chlamydia*).
- Révélée par un examen systématique, ou par une complication (infection haute), ou des manifestations extra-génitales (périhépatite, syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ; syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter...).

Signes fonctionnels parfois associés :

- Leucorrhées
- Prurit vulvaire
- Œdème vulvaire
- Brûlures vaginales
- Dyspareunie
- Dysurie-pollakiurie
- Pas de fièvre, sauf si complications (infection haute).

Préciser les circonstances de survenue :

- Post-coïtales (MST, néoplasie cervicale)
- Lors d'une grossesse (physiologique, mycose)
- Après un traitement antibiotique (mycose)
- Port d'un stérilet
- Terrain favorisant (diabète, immunodépression)
- IST chez le partenaire.

1-2. L'aspect de l'écoulement 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. L'examen au spéculum : montre l'inflammation vaginale et de l'endocol

1-4. Prélèvement(s) microbiologique(s)

- Où prélever ? le site de prélèvement dépend de la symptomatologie et des micro-organismes suspectés.
 - **Prélèvement vaginal** : 1 écouvillon gélosé (bactériologie standard), 1 écouvillon sec (mycologie), 1 autre écouvillon ou vaccinostyle si ulcération ou vésicule ; possibilité d'autoprélèvement vulvo-vaginal par écouvillonnage pour la recherche de *Chlamydia* dans le cadre du dépistage.
 - **Prélèvement de l'endocol** (après une décontamination de l'exocol) : 1 écouvillon gélosé (gonocoque, bactéries opportunistes), 2 écouvillons associés à un milieu de transport pour la recherche de *Chlamydia* et de *Mycoplasma*.
 - **Prélèvement urétral** : 1 écouvillon gélosé (gonocoque), 1 écouvillon en dacron pour *Chlamydia*, 1 écouvillon en plastique pour *Mycoplasma*.
 - **Prélèvement urinaire** (premier jet d'urine prélevé après 2 heures de continence) : recherche de *Chlamydia* par PCR.
- Examen direct du prélèvement vaginal : leucocytes ? état de la flore locale ? levures ? *Trichomonas vaginalis* ? coloration de gram ? clue-cells ?
- Méthodes diagnostiques
 - pour *Chlamydia trachomatis* : PCR en priorité (excellente sensibilité). La sérologie n'est pas indiquée dans les infections basses non compliquées.
 - pour le gonocoque : culture ± PCR.

2. Diagnostiquer une infection génitale haute

2-1. Arguments cliniques

2-1-1. Salpingite

Signes évocateurs :

- fièvre
- douleurs pelviennes.
- Formes peu symptomatiques fréquentes :
 - fièvre modérée
 - douleurs mal systématisées, atypiques.
- Évocatrices quand s'y associent
 - métrorragies, leucorrhées
 - aspect inflammatoire de l'endocol à l'examen au spéculum
 - douleur et/ou masse latérale au toucher vaginal (TV).
- Bilatérale dans > 50 % des cas.

Complications

Abcès tubaire, pelvi-péritonite, bactériémie.

Diagnostic différentiel

- Devant un tableau aigu : pyélonéphrite, cholécystite aiguë, appendicite aiguë, grossesse extra-utérine, torsion d'annexe
- Devant un tableau subaigu/chronique : endométriose, colite/colopathie.

2-1-2. Endométrite

- Fièvre, souvent élevée, et douleur pelvienne spontanée, augmentée par la mobilisation utérine au TV.
- Écoulement plus ou moins puriforme au niveau du col utérin.

2-2. Examens complémentaires

- L'échographie pelvienne doit être systématique.
- Hyperleucocytose à polynucléose et syndrome inflammatoire (CRP élevée) inconstants.
- Prélèvements microbiologiques (voir 1.4). De plus des hémocultures et des ponctions spécifiques (Ponction par voie vaginale si abcès du cul-de-sac de Douglas...) peuvent être réalisés.
- La cœlioscopie est réservée aux incertitudes diagnostiques, aux suspicions de complications, ou en cas d'échec de l'antibiothérapie probabiliste.

II ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DE LA PATIENTE

1. Cervicite

1-1. Justification

- *Chlamydia* est souvent présent, même en cas d'infection due à une autre bactérie.
- Fréquence des associations gonocoque + *Chlamydia*.
- Toute cervico-vaginite nécessite un traitement initial actif sur *Chlamydia* et gonocoque.
- Traitement qui sera ensuite adapté selon les résultats des prélèvements bactériologiques.

1-2. Choisir un antibiotique

1-2-1. Traitement probabiliste

- Ceftriaxone IM
- + azithromycine 1 g PO (1 prise) ou doxycycline 200 mg/j, 7 jours.

En cas de contre-indication aux β -lactamines, ceftriaxone remplacée par spectinomycine, 1 injection IM.

En cas de refus ou d'impossibilité de traitement parentéral, ceftriaxone remplacée par céfixime en dose orale unique.

- Dans tous les cas, traiter les partenaires, après recherche d'un portage asymptomatique ou d'une infection.

1-2-2. Traitement selon l'étiologie

| Agent | Première intention | Durée |
|---|---|------------------|
| Gonocoque ¹ | Ceftriaxone IM | Dose unique |
| | Céfixime ² | Dose unique |
| | Spectinomycine IM ³ | Dose unique |
| | Ciprofloxacine ⁴ | Dose unique |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> Mycoplasmes génitaux ⁵ | Azithromycine | Dose unique |
| | Doxycycline | Au moins 7 jours |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | Nimorazole Tinidazole Secnidazole | Dose unique |

¹ Pas de dose unique en cas de localisation pharyngée ou anale associée (sauf avec la ceftriaxone) - ² L'épidémiologie, les propriétés pharmacologiques (moindre bactéricidie, variabilité de biodisponibilité) et les résultats cliniques ne sont pas en faveur du céfixime comparativement à la ceftriaxone. Le céfixime peut être indiqué pour un patient refusant un traitement injectable - ³ À proposer si contre-indication aux β -lactamines. Ne diffuse pas dans l'oropharynx et ne peut pas être un recours pour les gonococcies pharyngées - ⁴ Si documentation bactériologique de l'infection avec l'étude de la sensibilité aux fluoroquinolones - ⁵ *M. genitalium* ne répond pas aux cyclines mais à un traitement par azithromycine, pendant 5 jours.

1-3. Savoir proposer un suivi

1-3-1. Recherche d'une complication

Toujours rechercher une complication haute (endométrite, salpingite, pelvipéritonite).

1-3-2. En cas d'IST

- Rechercher les partenaires sexuels afin de leur proposer un dépistage et traitement.
- Réaliser un bilan d'IST : sérologie syphilis, VIH, VHB.
- Conseils de prévention (préservatifs).

2. Infection génitale haute

2-1. Traitement

2-1-1. Antibiothérapie probabiliste

- Association impérative, justifiée par le polymicrobisme, active sur *C. trachomatis* et gonocoque (C3G ou C2G + doxycycline) :
 - soit ceftriaxone IM ou IV + doxycycline PO + métronidazole
 - soit céfoxitine IV ou céfotétan IV + cycline PO
- Pendant 14 à 21 jours.
- Ambulatoire et *per os* dans les formes sans gravité, en milieu hospitalier et IV dans les formes initialement graves, avec relais *per os* précoce (J 4-6).

2-1-2. Anti-inflammatoires

Leur intérêt n'est pas démontré.

2-1-3. Traitement chirurgical

- Indiqué en cas de complications (pyosalpinx, abcès du Douglas, pelvi-péritonite).
- Cœlioscopie parfois suffisante (sauf péritonite franche).

2-2. Planifier le suivi de la patiente

Dans les formes aiguës traitées les signes cliniques disparaissent en moins d'une semaine.

2-2-1. Surveillance

- Clinique : douleurs, fièvre, ± touchers pelviens, à la recherche de complications.
- Biologique (NFS, CRP).
- Échographique

2-2-2. Informer sur le risque de séquelles

- Stérilité liée à l'atteinte tubaire bilatérale, imprévisible et sans lien avec la gravité du tableau initial.
- Grossesse extra-utérine : risque majoré.
- Douleurs pelviennes chroniques : principale séquelle.

2-2-3. En cas d'IST

- Rechercher le(s) partenaire(s) sexuel(s) afin de leur proposer dépistage et traitement.
- Bilan complémentaire d'IST indispensable : sérologies syphilis, VIH, VHB.

T88-1 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.

| | INFECTIONS GÉNITALES BASSES | | INFECTIONS GÉNITALES HAUTES |
|--|---|---|---|
| | Vaginite/ vaginose | cervicite | Endométrite, salpingite |
| Signes fonctionnels | Asymptomatique Leucorrhées - jaunâtres et abondantes (<i>N. gonorrhoeae</i>) - sanguinolentes (<i>C. trachomatis</i>) - verdâtres, malodorantes (<i>T. vaginalis</i>) - blanchâtres, grumeleuses (<i>C. albicans</i>) - grisâtres, malodorantes (<i>G. vaginalis</i>) Prurit vulvaire, œdème vulvaire Brûlures vaginales, dyspareunie Dysurie, pollakiurie | | Asymptomatique ou pauci-symptomatique le plus souvent Idem que les signes fonctionnels pour infection génitale basse ± Métrorragie Fièvre Douleur pelvienne |
| Examen au spéculum Toucher vaginal | Inflammation du vagin Et/ou leucorrhées | Inflammation du vagin et du col utérin | Inflammation du col utérin Douleur à la mobilisation utérine (endométrite) Douleur et/ou masse(s) latérale(s) (salpingite) |
| Complications Complications immédiates Complications tardives | Infection génitale haute | | Pyosalpinx, abcès de l'ovaire, pelvipéritonite, abcès du cul de sac de Douglas, périhépatite, choc septique Stérilité Risque de grossesse extra-utérine Douleurs pelviennes chroniques |
| Diagnostic différentiel | | | Pyélonéphrite Cholécystite, appendicite Grossesse extra-utérine, torsion d'annexe Endométriose |
| Examens complémentaires | | | |
| Prélèvements microbiologiques | Vaginal - Examen direct (levures, <i>Trichomonas</i>) - Description flore commensale | + endocol (recherche de gonocoque et <i>Chlamydia</i>) | Vaginal + endocol + urètre ± liquide tubaire... - Recherche de gonocoque et <i>Chlamydia</i> - Recherche d'entérobactéries et d'anaérobies |
| Autres examens | Échographie pelvienne (si infection haute associée) | | Échographie pelvienne ± cœlioscopie |
| Étiologies Non IST | Leucorrhées physiologiques <i>Candida albicans</i> Vaginose bactérienne (déséquilibre de flore, disparition de la flore de Doderlein) | | Entérobactéries anaérobies |
| IST | <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> | | <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> |
| Traitement curatif médical probabiliste | Actif sur <i>Chlamydia</i> et gonocoque si cervicite associée Voir tableau 1.2.2 | Actif sur <i>Chlamydia</i> et gonocoque Voir tableau 1.2.2 | Actif sur <i>chlamydia</i> et gonocoque + sur les entérobactéries et les anaérobies Ceftriaxone + cycline + métronidazole (14 à 21 j) |
| Traitement chirurgical | | | Si besoin |
| Traitement préventif si IST | Recherche d'autres IST associées Dépistage des partenaires et traitement Conseils de prévention (préservatifs) | | Recherche d'autres IST associées Dépistage des partenaires et traitement Conseils de prévention (préservatifs) |