



# RÉSUMÉS EM CASES

## Épisode 183 – Maladie inflammatoire pelvienne & lésions génitales

**Avec Dr Catherine Varner & Dr Robyn Shafer**

Préparé Hanna Jalali et Anton Helman, mai 2023

Traduction libre par Juliette Lacombe, juillet 2023

### Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) – un diagnostic difficile à poser

Les MIP englobent un large éventail d'infections des voies génitales supérieures, notamment l'endométrite, la salpingite, l'ovarite, la myométrite, l'abcès tubo-ovarien et la périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh Curtis). Leur présentation clinique varie des patients gravement malades souffrant d'une septicémie intra-abdominale aux patients avec douleurs abdominales légères évoluant de manière indolente sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

### Pourquoi faut-il se préoccuper du diagnostic de MIP à l'urgence?

Les conséquences à long terme d'une MIP non traitée sont les suivantes :

- Infertilité
- Douleur pelvienne chronique
- Grossesse ectopique (risque de 10 %)

Le diagnostic de salpingite est souvent manqué à l'urgence, en raison de plusieurs facteurs :

- une présentation vague et indolente avec des symptômes ou des signes bénins et non spécifiques (par exemple, saignements anormaux, dyspareunie et pertes vaginales)
- la faible précision des tests de laboratoire et de l'imagerie
- organismes non reconnus autres que la gonorrhée et de la chlamydia (qui ne représentent que 50 % des cas de MIP), tels que mycoplasma genitalium
- augmentation des gonorrhées multi résistantes et traitement incomplet

### Critères de diagnostic – MIP

Une MIP doit être envisagée chez toutes les femmes sexuellement actives présentant des douleurs abdominales/pelviennes lorsque d'autres causes ont été exclues et qu'un ou plusieurs des critères diagnostiques minimaux suivant sont présents :

1. Sensibilité annexielle
2. Douleur au mouvement du col utérin
3. Sensibilité du bas-ventre

Un diagnostic présomptif doit être posé et un traitement doit être instauré en présence d'un des éléments ci-dessus lorsque les autres causes de douleur abdominale/pelvienne sont éliminées.

Critères diagnostiques supplémentaires pouvant augmenter la spécificité de la MIP, notamment

1. Fièvre

2. Écoulement cervical anormal mucopurulent ou friabilité cervicale lors de l'examen pelvien
3. Élévation de la VS/CRP
4. Infection cervicale / vaginale confirmée par laboratoire à gonorrhée ou chlamydia

Le diagnostic définitif est posé lorsque :

1. Résultats de l'échographie transvaginale correspondant à une MIP, y compris un abcès tubo-ovarien
2. Biopsie
3. Laparoscopie

En résumé, il n'existe pas de caractéristique à l'histoire ni à l'examen physique ou de test de laboratoire qui permette de poser définitivement le diagnostic de MIP. Un seuil bas pour poser un diagnostic présomptif doit être utilisé chez les femmes sexuellement actives présentant des douleurs abdominales/pelviennes inexplicables et une sensibilité significative à l'examen pelvien et abdominal. Une combinaison de caractéristiques clinique augmente la probabilité pré-test de MIP.

**Imagerie en MIP : Toutes les patientes chez qui vous suspectez une MIP doivent-elles subir une échographie ? Qu'en est-il du scan et de l'IRM ?**

Bien qu'une échographie transvaginale/abdominale standard ne permette pas d'exclure avec certitude une MIP, l'échographie est souvent utilisée pour écarter d'autres diagnostics, et certaines trouvailles sont évocatrices d'une MIP :

- Épaisseur de > 5 mm des parois des trompes de Fallope

- Septums incomplets dans les trompes de Fallope
- Liquide dans le cul-de-sac
- Signe de la roue dentée (aspect de roue dentée sur la vue transversale des trompes)
- Abcès tuboovarien

Dans une petite étude, l'utilisation du Doppler s'est avéré sensible à 100 % pour le diagnostic de MIP, mais des essais cliniques randomisés de grande envergure sont nécessaires pour l'utiliser en pratique.

Nos experts recommandent l'échographie au chevet chez les patientes avec une maladie sévère, chez celles dont le diagnostic n'est pas clair et chez celles chez qui vous suspectez un abcès tubo-ovarien. Les signes cliniques suggérant un abcès tubo-ovarien comprennent une sensibilité annexielle unilatérale, une instabilité hémodynamique, de la fièvre ou la nécessité d'administrer des opioïdes par voie intraveineuse pour le contrôle de la douleur. Ces signes doivent vous faire considérer l'échographie.

L'échographie abdominale chez les patientes atteintes du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ou d'une MIP peut être normale. Les signes évocateurs du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis sont un épaississement de la capsule hépatique et une ascite de novo.

Un CT scan pelvien peut démontrer les signes de PID suivants :

- Modifications subtiles de l'aspect des plans aponévrotiques du plancher pelvien
- Épaississement des ligaments utéro-sacrés
- Modifications inflammatoires des trompes ou des ovaires

- Collection anormale de liquide

Dans une étude récente sur la tomodensitométrie et l'IRM pour le diagnostic de la salpingite, la tomodensitométrie avec contraste avait une sensibilité groupée de 79 % et une spécificité de 99 %, tandis que l'IRM avait une sensibilité de 95 % et une spécificité de 89 %.

**Piège** : Un piège fréquent consiste à supposer que le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis a été exclu lorsque l'échographie abdominopelvienne est normale. Bien que l'on observe parfois un épaissement de la capsule hépatique et une ascite, une échographie abdominale normale ne permet pas d'exclure ce syndrome.

### Traitement de la MIP

Une couverture empirique à large spectre des organismes probables doit être mise en place dès que le diagnostic présomptif est posé, car la prévention des séquelles à long terme dépend d'un traitement précoce. Consultez vos ressources locales car le traitement de cette maladie change fréquemment. Tous les schémas thérapeutiques utilisés pour traiter les salpingites doivent être efficaces contre la gonorrhée et la chlamydia, quels que soient les résultats des tests de dépistage de ces organismes, car des prélèvements endocervicaux ou des tests urinaires négatifs n'excluent pas une infection des voies génitales supérieures.

### Traitement antibiotique des MIP légères et modérées (CDC)

Envisager des antibiotiques IM ou PO pour les patients souffrant d'une MIP aiguë légère à modérée, car les résultats cliniques sont similaires au traitement IV.

**Ceftriaxone** 500 mg IM unidose\* + **Doxycycline** 100 mg PO BID x 14 jours + **Métronidazole** 500 mg PO BID x 14 jours

*Ou*

**Céfoxitine** 2 g IM unidose et **Probénécide** 1 g PO administrés simultanément en une seule dose + **Doxycycline** 100 mg PO BID x 14 jours + **Métronidazole** 500 mg PO BID x 14 jours

*Ou*

Autre céphalosporine de troisième génération IV (par exemple, ceftizoxime ou céfotaxime) + Doxycycline 100 mg PO BID x 14 jours + Métronidazole 500 mg PO BID x 14 jours

\*Pour patients pesant > 150 kg et présentant une infection à gonocoque documentée, 1 g de ceftriaxone doit être administré.

### Traitement antibiotique des MIP graves (CDC)

**Ceftriaxone** 1 g IV DIE + **Doxycycline** 100 mg PO ou IV q 12 h + **Métronidazole** 500 mg PO ou IV q 12h

*Ou*

**Cefotetan** 2 g IV q 12 h + **Doxycycline** 100 mg PO ou IV q 12h

Ou

**Céfoxitine** 2 g IV q 6 heures + **Doxycycline** 100 mg PO ou IV q 12 h

### Orientation des patients avec MIP

Pour les patients souffrant d'une MIP légère à modérée, la plupart des ECR suggèrent qu'il n'y a pas de différence dans les résultats si les patients ont congé avec un traitement PO approprié ou s'ils sont admis à l'hôpital pour recevoir des antibiotiques IV. Les patientes atteintes d'une maladie grave et les patientes enceintes doivent être hospitalisées et être évaluées par la gynécologie.

#### Les critères d'admission suggérés par CDC pour la MIP

- Les urgences chirurgicales (par exemple, l'appendicite) ne peuvent être exclues
- Abscès tubo-ovarien
- Grossesse
- Maladie grave, nausées et vomissements, ou température buccale >38,5°C (101°F)
- Impossibilité de suivre ou de tolérer un traitement PO ambulatoire
- Absence de réponse clinique à un traitement antimicrobien PO

#### Est-ce qu'un stérilet doit être retiré en MIP?

Le stérilet peut être laissé en place en toute sécurité, à moins qu'il n'y ait pas d'amélioration clinique dans les 48 à 72 heures suivant le début du traitement et que vous soupçonniez que le stérilet soit la source de l'infection. En

général, le risque de MIP lié à la pose d'un stérilet est limité aux trois premières semaines suivant l'insertion.

**Perle** : *Le risque de salpingite après la pose d'un stérilet est généralement limité aux 3 premières semaines suivant son insertion. Il n'est pas nécessaire de retirer un stérilet chez une patiente chez qui on a diagnostiqué une salpingite, à moins qu'il n'y ait pas d'amélioration clinique dans les 48-72 heures suivant le début du traitement.*

### Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis est une complication de la salpingite caractérisée par une inflammation de la capsule hépatique conduisant à des adhérences. L'incidence de ce syndrome varie de 4 à 14 % chez les femmes atteintes de MIP, mais elle peut atteindre 27 % chez les adolescentes. Le diagnostic définitif ne peut être posé que par la visualisation directe du foie par laparoscopie ou laparotomie. Un diagnostic présomptif peut être posé à l'urgence chez les patients qui présentent des douleurs abdominales dans le quadrant supérieur droit plusieurs jours après les symptômes de la salpingite ou coïncidant avec eux, et après que les autres causes de douleurs abdominales ont été éliminées. Dans de rares cas, la présentation clinique est une douleur isolée au niveau du quadrant supérieur droit, ce qui rend le diagnostic encore plus difficile à établir. Si d'autres causes de douleur au QSD ont été exclues chez une patiente présentant un risque de salpingite, il convient de procéder à un examen pelvien et d'envisager le diagnostic.

**Perle** : *Chez les patientes présentant une douleur au QSD et un bilan négatif pour une pathologie de la vésicule biliaire et hépatique, il faut envisager une salpingite et un examen*

pelvien. Les enzymes hépatiques ne sont pas toujours élevées et l'échographie peut être normale chez les patientes présentant ce syndrome.

### Lésions et ulcères génitaux - une approche en 3 étapes et des recommandations spécifiques

La grande majorité des lésions génitales observées à l'urgence sont secondaires au virus de l'herpès simplex (HSV). Cependant, il faut garder en tête les diagnostics différentiels, surtout si l'on tient compte de l'incidence croissante de la syphilis, qui entraîne un taux de morbidité et de mortalité important. Bien qu'un diagnostic définitif des lésions génitales ne puisse pas toujours être posé à l'urgence, il est utile d'avoir une approche générale pour restreindre le diagnostic différentiel et prendre en compte les lésions qui passent souvent inaperçues.

### Une approche en 3 étapes pour l'identification des lésions génitales

#### 1. Les lésions sont-elles douloureuses ?

**Douloureuse** : HSV ou chancroïde

**Indolore** : Syphilis, LGV, granulome inguinal

#### 2. Les lésions sont-elles multiples ?

**Solitaire** : Syphilis, LGV, chancre, granulome inguinal

**Multiple** : HSV, chancre, granulome inguinal

#### 3. Y a-t-il une lymphadénopathie régionale sensible ?

**Lymphadénopathie sensible** : HSV, chancre, LGV

**Lymphadénopathie non sensible** : Syphilis

### Herpès génital (HSV) - les lésions génitales sexuellement transmissibles les plus courantes

**Présentation** : Lésions prurigineuses/douloureuses en grappes de vésicules sur une base érythémateuse, puis en croûtes, durant environ 1 à 2 semaines, avec des antécédents de récurrence.

**Traitement de l'épisode aigu** : acyclovir 400 mg PO TID x 7 jours ou valacyclovir 1 g PO BID x 7 jours.



Vésicules groupées typiques sur base érythémateuse de l'herpès génital

### Syphilis - incidence croissante d'une maladie potentiellement mortelle

L'incidence de la syphilis est en augmentation, la majorité des cas concernant des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) âgés de 25 à 35

ans, dont 40 % sont séropositifs. La syphilis congénitale est également en augmentation. Les présentations de la syphilis et du VIH se chevauchent, et il est donc recommandé de tester les deux maladies chez les patients qui présentent l'une ou l'autre de ces maladies. La syphilis se présente généralement sous la forme d'un ulcère génital ou d'une éruption cutanée, mais ses manifestations sont nombreuses, car elle peut toucher n'importe quel organe. Les symptômes apparaissent généralement entre 9 et 90 jours (médiane de 3 semaines) après un contact direct avec une lésion infectieuse.

La **syphilis primaire** se manifeste par une papule génitale, rectale ou orale qui se transforme en un ulcère ferme et caoutchouteux de 0,5 à 2 cm (chancre). Toutefois, comme ces ulcères sont généralement indolores et solitaires (70 %), ils échappent souvent au patient.

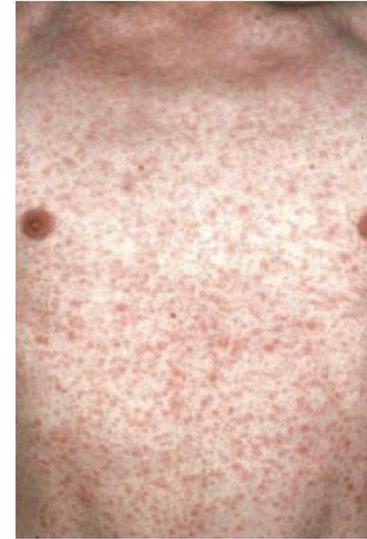
La syphilis **secondaire** débute généralement 4 à 10 semaines après la cicatrisation de l'ulcère et c'est à ce moment-là que le diagnostic est le plus susceptible d'être posé. Une lymphadénopathie généralisée indolore est présente dans 85 % des cas. La syphilis peut être considérée comme une lymphadénopathie généralisée indolore + 1 des 3 présentations clés.

Il **existe 3 présentations clés** de la syphilis secondaire :

1. **Éruption** - le signe distinctif de la syphilis est une éruption maculopapulaire non prurigineuse (observée chez 50 à 70 % des patients) qui peut toucher la paume des mains et la plante des pieds.
2. **Neurologique** - diverses présentations neurologiques, notamment la méningite, thrombose

infectieuse/ischémie, perte auditive avec ou sans acouphènes, parésie générale.

3. **Oculaire** - uvéite, iritis, névrite optique



Éruption macopapulaire de la syphilis pouvant toucher la paume des mains et la plante des pieds

**Perle** : une éruption maculopapulaire non prurigineuse de palmoplantaire chez un patient présentant un risque d'ITSS doit être considérée comme une syphilis jusqu'à preuve du contraire.

### Diagnostiquer la syphilis

Tout patient présentant un ulcère : effectuer un écouvillonnage direct de l'ulcère pour un TAAN/PCR.

Pour les patients présentant des lésions anogénitales, d'autres ITSS ou une suspicion de syphilis, effectuez un test sérologique :

- Effectuez d'abord un test non tréponémique (par exemple, le VDRL ou la réacine plasmatique rapide) ; s'il est positif, il est confirmé par un test tréponémique tel que le test d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* (TPPA) ou le dosage immuno-enzymatique IgM/IgG (EIA). Si les deux sont positifs, le patient est considéré comme positif à la syphilis.
- Il existe une possibilité de faux négatif dans les 2 à 4 premières semaines de la maladie en raison de l'absence de conversion sérologique et le test doit être répété.
- Des tests faussement positifs sont possibles en cas d'infections précédemment traitées ou d'une maladie auto-immune.

**Traitement de la syphilis** : benzathine pencilline G à action prolongée, 2,4 millions d'unités IM x 1

**Perle** : La syphilis peut être considérée comme une lymphadénopathie généralisée indolore + l'une des trois principales présentations suivantes : éruption cutanée non prurigineuse (en particulier avec atteinte palmoplantaire), neurologique (méningite, ischémie et parésie) et oculaire (uvéite). Les patients qui présentent l'une de ces trois manifestations doivent être examinés à la recherche d'une lymphadénopathie généralisée.

### Lymphogranulome vénérien (LGV)

- Peut se présenter avec une proctite ou un saignement rectal qui peut imiter une maladie inflammatoire intestinale (MII)

- Au départ, il s'agit d'une papule unique indolore autolimitée qui peut s'ulcérer.
- Non traitée, elle peut entraîner un ténésme, des fistules et des sténoses.

**Bilans** : envoyer un écouvillon pour la chlamydia et la gonorrhée et préciser que vous êtes préoccupé par la LGV car il s'agit d'un sous-type de chlamydia.

Traitement du lymphogranulome vénérien : Doxycycline 100 mg PO BID x **21 jours**

---

### Granulome inguinal - *Klebsiella granulomatis*

Le granulome inguinal se présente sous la forme de lésions ulcéreuses étendues et indolores, d'aspect très vasculaire et saignant facilement au contact. Il est généralement diagnostiqué après l'élimination d'autres ITSS et nécessite une biopsie pour un diagnostic définitif.



Traitement du granulome inguinal : **Doxycycline 100 mg PO BID x 21 jours**

**Pearl** : La LGV est une mimique relativement courante des MII. Chez les patients à risque d'ITSS qui présentent un premier épisode de MII, il faut penser à la possibilité d'une LGV, la tester et envisager un traitement empirique à la doxycycline.

---

## Chancre mou - un diagnostic d'exclusion

**Présentation** : Ulcères douloureux nécrosants simples ou multiples, souvent accompagnés d'une lymphadénopathie régionale douloureuse (qui peut être suppurative) environ 2 semaines après l'ulcère initial.

Les ulcères sont bien délimités, mesurent 1 à 2 cm de diamètre sur une base érythémateuse et sont situés sur les zones soumises à la friction de l'activité sexuelle (pénis, introitus, lèvres).

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion car il est difficile à cultiver. Si des écouvillons sont envoyés pour la syphilis et le HSV et qu'ils sont négatifs, il faut traiter pour un probable chancre mou.

**Traitement** : dose unique de ceftriaxone 500 mg IM/IV

## Lésions génitales : résumé

Toutes les lésions/ulcères anogénitaux se présentant à l'urgence :

- Les prélèvements des lésions/ulcères doivent être envoyés pour la recherche du HSV et de la syphilis (directe).

- Les tests sérologiques pour la syphilis, quel que soit le stade suspecté, doivent être effectués en commençant par les tests non treponémiques (par ex. VDRL)
- Rechercher d'autres ITSS, car une ITSS est un biomarqueur pour d'autres, notamment la chlamydia et la gonorrhée, le VIH, l'hépatite
- Envisager le chancre mou, la LGV et le granulome inguinal chez ceux qui présentent des facteurs de risque et dont les résultats de l'examen physique correspondent à leur présentation.

Traitement empirique des lésions génitales indifférenciées

- Traiter le HSV avec de l'acyclovir ou du valacyclovir, sauf si l'indice de suspicion est faible.
- Envisager un traitement empirique de la syphilis et de la LGV avec pénicilline et doxycycline respectivement si vous suspectez ces pathologies et si le patient est à risque d'être perdu au suivi

N'oubliez pas de toujours envisager un suivi des patients pour des tests de confirmation et une consultation avec vos collègues locaux spécialistes des maladies infectieuses pour vous aider à définir les schémas thérapeutiques empiriques.

## Considérations pour les personnes transgenres

Pour les patients ayant subi une chirurgie d'affirmation de genre, le risque d'ITSS est le même en fonction des pratiques et du site d'inoculation. Il faut garder en tête que le tissu d'origine de la greffe. Par exemple, les patients ayant subi une vaginoplastie à l'aide d'un greffon intestinal peuvent présenter des symptômes secondaires à une ITSS ou une maladie primaire du tissu natif, comme une MII ou une colite.