

# SALPINGITES

# RAPPEL

Germes en cause :

- Chlamydia trachomatis : 40-60 %
- Entérobactéries (E. coli) : 20-30 %
- Streptocoques : 10 à 30 %
- Anaérobies, gonocoques, staphylocoques et autres ...
- Souvent associés : chlamydia + EB

# 2 DOGMES EN GYNECOLOGIE

- Toute femme non ménopausée a potentiellement 1 GEU
- et
- Toute femme avec des douleurs pelviennes a potentiellement une salpingite

# CLINIQUE

- Douleurs pelviennes : 90 %
- Leucorrhées : 60 %
- Hyperthermie : 10 %
- Métrorragies : parfois ...
- Douleur au TV: mobilisation utérine et CDS

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (1)

## Examens bactériologiques :

- PV
- PE standard (recherche associée de gonocoque)
- PE recherche de chlamydia (par PCR) ou
- Recherche de chlamydia sur urines (PCR)
- +/- ECBU +/- hémocultures

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (2)

## Examens biologiques :

- NFS +/- BPO ( TP, TCA, fibrinogène, groupe sanguin, RAI) : ↗ GB : 50 %
- CRP : ↗ 75 %
- $\beta$  hCG
- Sérologies MST (HIV, Hép A, B, syphilis)

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (3)

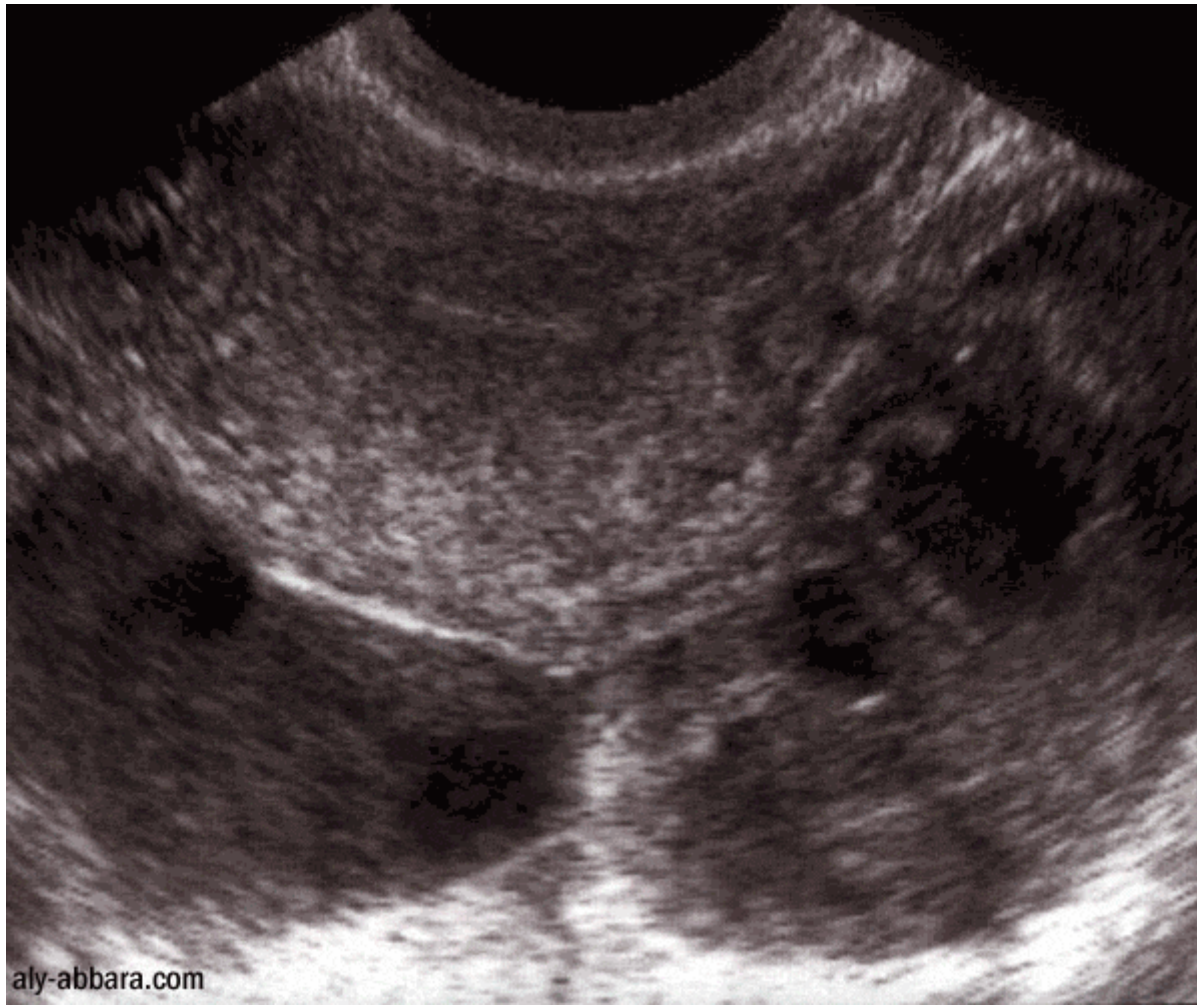
## La sérologie chlamydia :

- Peu d'utilité dans salpingite aiguë, nécessite 2 prélèvements à 3 semaines d'intervalle :
- Positive à Ig A
- Positive à Ig G
- Rarement positive à Ig M

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (4)

## Echographie pelvienne :

- Souvent sans particularité
- Recherche de complications : pyosalpinx, abcès de l'ovaire, abcès du Douglas



# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (5)

Autres : à ne pas oublier

- FCV
- +/- colposcopie
- +/- recherche d'HPV

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES ()

## La coelioscopie :

- Outil diagnostique et thérapeutique
- Quelles indications ?

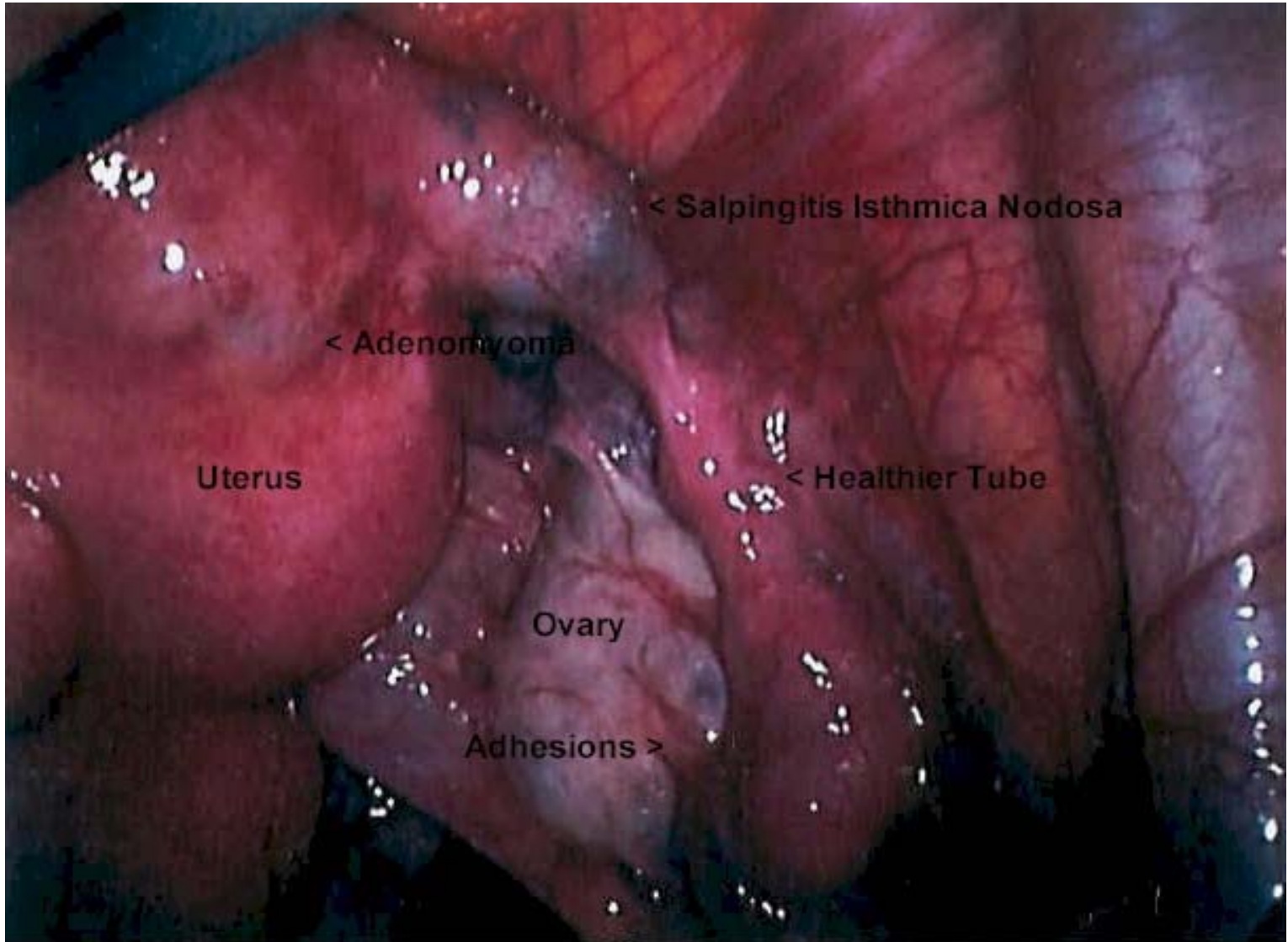
# ARBRE DECISIONNEL (1)

- Femme jeune
- Et /ou désir de grossesse
- Et /ou réaction péritonéale
- Et / ou doute diagnostique
- Et / ou mauvaise réponse à ttt ATB de 48 h  
=> COELIOSCOPIE :
- Prélèvements bactériologiques, bilan des lésions, lavage péritonéal et ttt des complications

# ARBRE DECISIONNEL (2)

- Femme âgée
- Et / ou pas de désir de grossesse
- Et / ou pas de réaction péritonéale

=> TRAITEMENT MEDICAL



< Salpingitis Isthmica Nodosa

< Adenomyoma

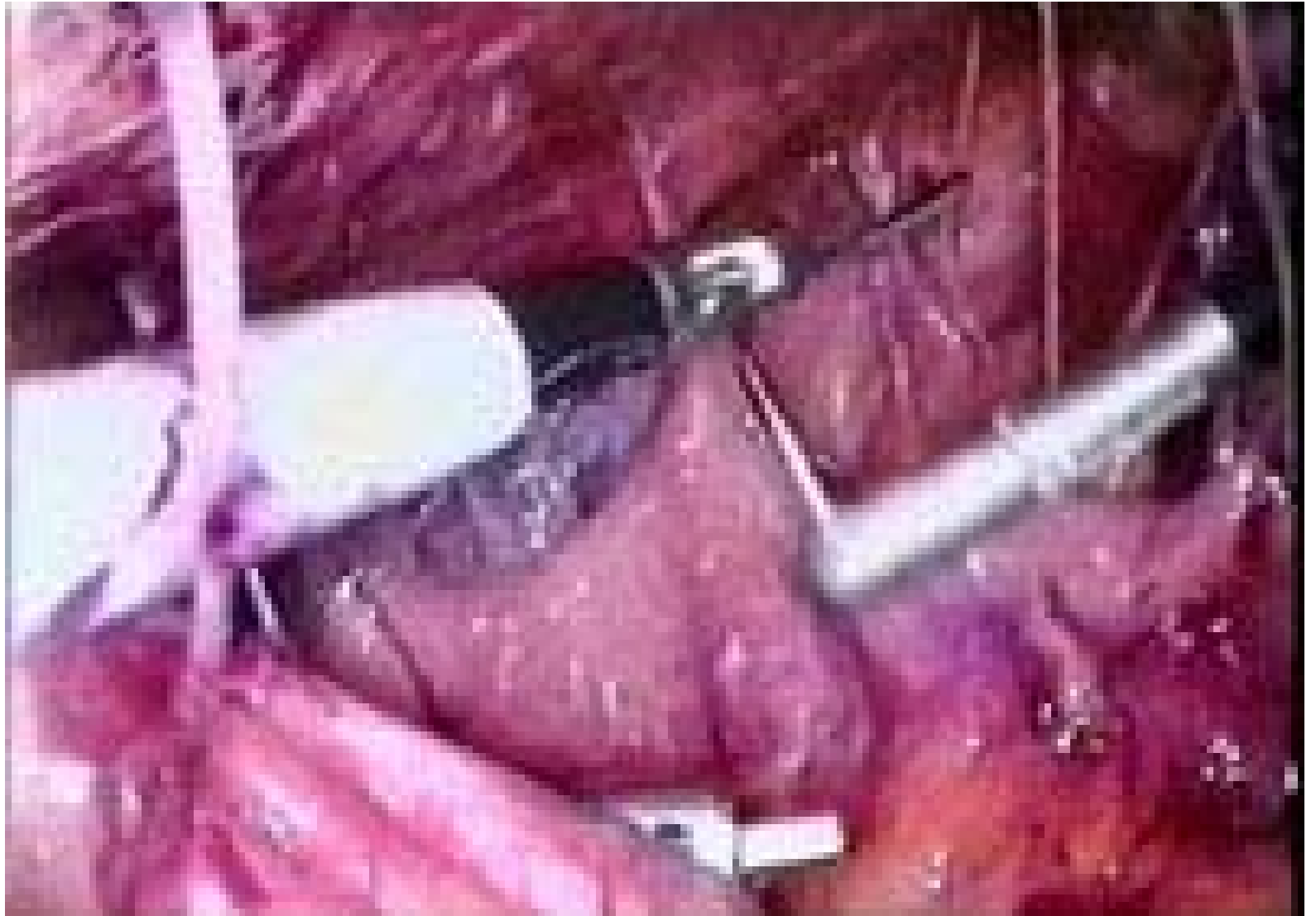
Uterus

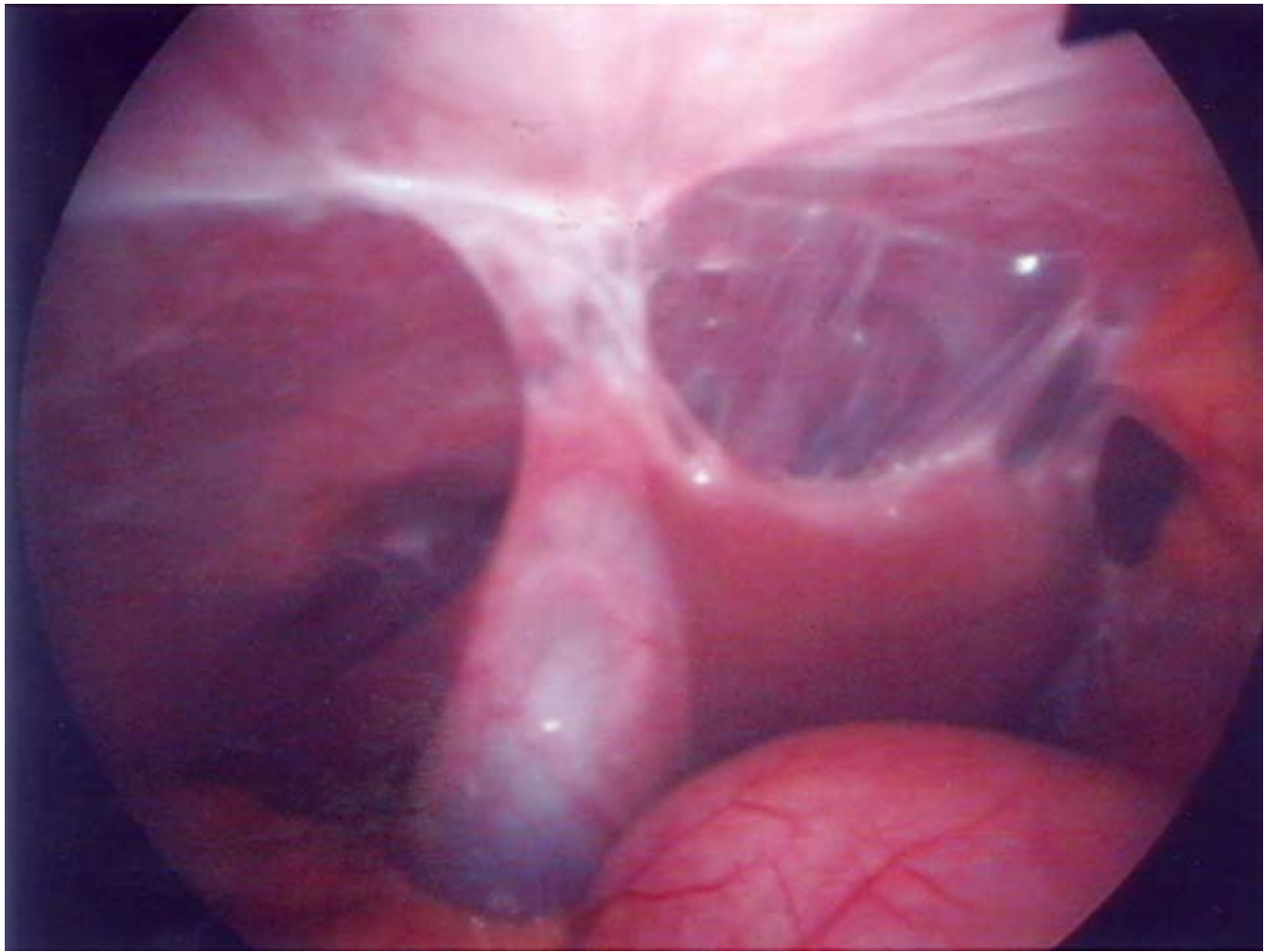
< Healthier Tube

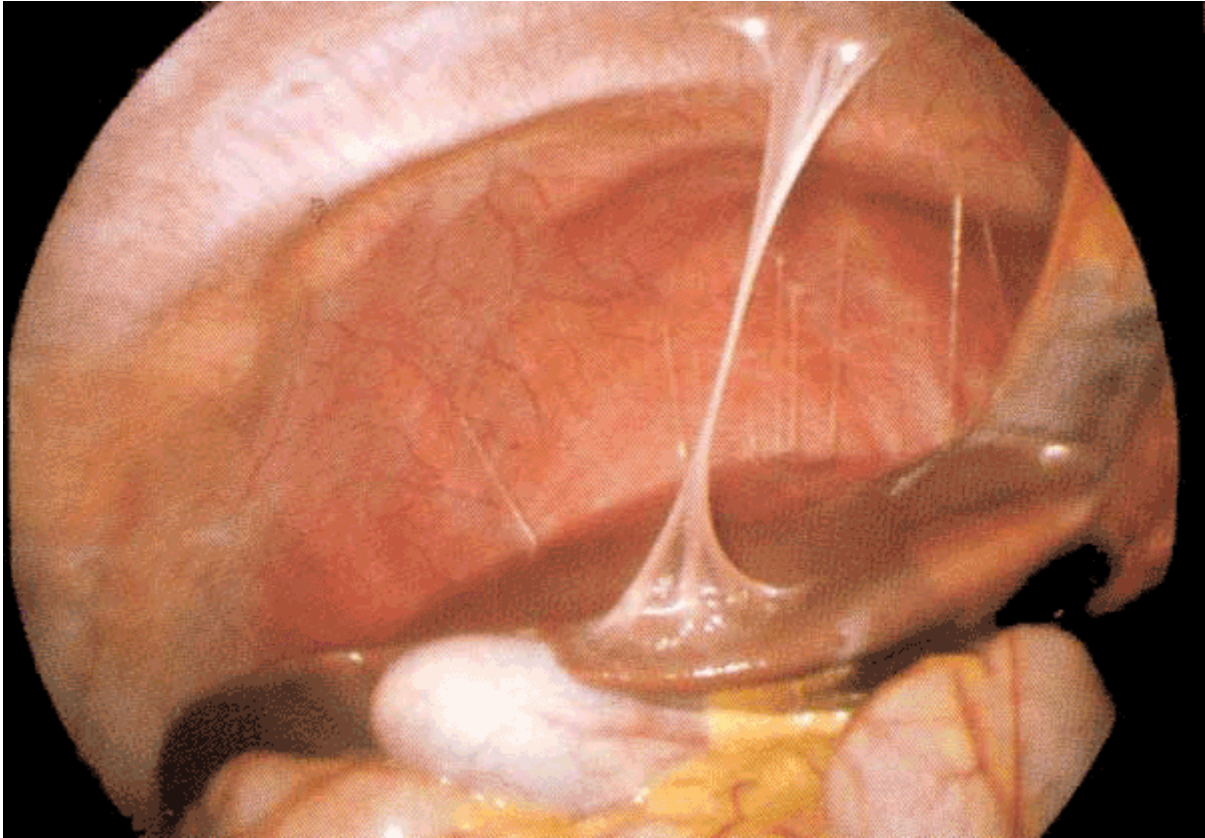
Ovary

Adhesions >





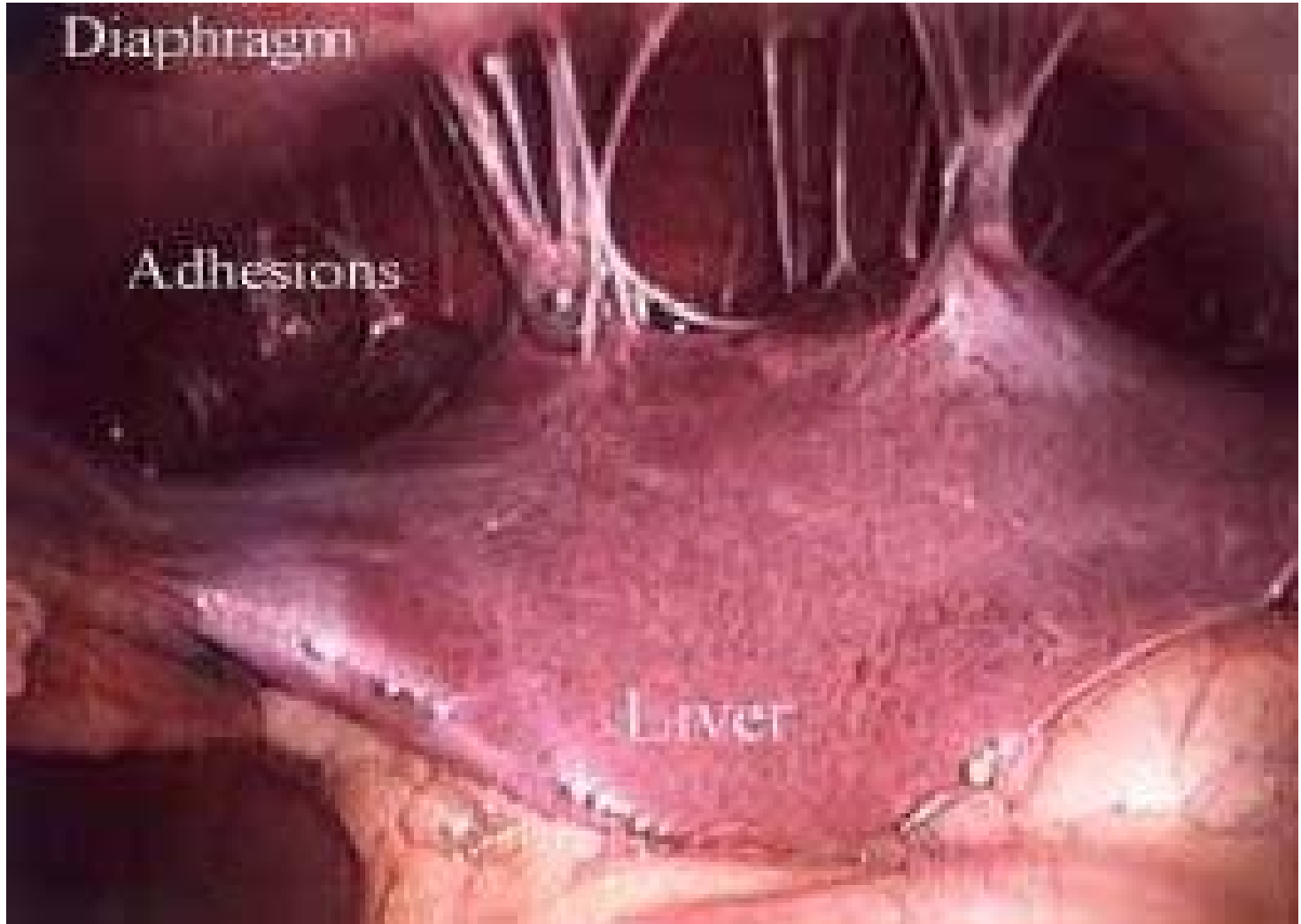




Diaphragm

Adhesions

Liver



# TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

## RAPPEL (1)

- Pénicilline : inactif sur chlamydia et résistance 25 à 40 % pour EB
- C3G : inactif sur chlamydia et anaérobie
- FQ : actif sur chlamydia et aérobies, aussi efficace PO que parentéral, attention à exposition solaire
- Tétracycline : moins efficace que FQ
- *Fréquence +++ des infections associées*

# TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

## (2)

### *En première intention :*

biantibiothérapie parentérale probabiliste :  
maintenue 48 h ou 24 h après obtention de l'apyrexie

- Augmentin : 1 g x 3/j IV
- + Oflocet : 200 mg x 2/j PO

Si allergie à la pénicilline :

- Dalacine : 600 mg x 3/j IV
- + Oflocet : 200 mg x 2/j PO

# TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE (3)

*Puis adaptation au germe et à  
l'antibiogramme per os :*

- *Chlamydia ou pas de germe :*

Augmentin : 1gx3/j pendant 15 j

+ Oflocet : 200mgx2/j pendant 3 semaines

# TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

## (4)

- *Entérobactérie* :

Augmentin : 1 g x3/j pendant 15 j

- *Gonocoque* :

Oroken : 200 mg x 2/j pendant 15 j

ou Rocéphine 500 mg IM 1 injection

- *Anaérobie* :

Flagyl : 500 mg x 3/j pendant 15 j

# SURVEILLANCE

- Clinique : douleur et fièvre
- Biologique : NF et CRP à J3
- Consultation à 3 semaines

# PRISE EN CHARGE DU PARTENAIRE

- ECBU (recherche de chlamydia par PCR)
- Traitement antibiotique minute :  
Zithromax 250 mg : 4 cp en 1 prise