

ITEM 88 : LEUCORRHEES

CLINIQUE

Leucorrhées physiologiques	Leucorrhées pathologiques
<ul style="list-style-type: none"> - Blanches ou transparentes - Indolores - Pas de signes fonctionnels associés - Sécrétion surtout en phase pré-ovulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspect anormal - Signes associés : Prurit vulvaire – Brûlures – Dyspareunies – D1 pelviennes - SFU

ETIOLOGIES

	Clinique	Paraclinique	TTT
Candida albicans	/\ Pas une IST - FdR : Hormonal : Grossesse – Ménopause – POP ATB - Immunodépression – Diabète Hyperthyroïdie Excès d'hygiène Port de pantalons serrés - Ss-vêtements synthétiques - Leucorrhées blanchâtres – Grumeleuses - Inodores - Prurit/brûlures vulvaires - Dyspareunie	- Aucun : Dg clinique - PV si doute diagnostique ou mycoses récidivantes (> 4/an)	- Antifongique local : 1 ovule de Gynopevaryl intra-vaginal à J1 et J3 Pevaryl lotion locale pendant 1 semaine - Savon alcalin pendant la durée de la mycose - RHD : Ss-vêtements en coton – ⊙ de pantalons serrés – ⊙ de toilette excessive – Savon spécial toilette intime - Si mycoses récidivantes : TTT du partenaire par antifongiques locaux TTT dig par ATF PO 1cp/mois pdt 3 mois
Chlamydia trachomatis	- IST - Asymptomatique +++ - IGH	- PCR sur 1 ^{er} jet d'urinaire ou sur prélèvement d'endocol - Bilan IST	- Cyclines PO dose unique - TTT associé gonocoque : C3G IM DU - PEC IST
Gonocoque	- IST - Leucorrhées jaunes verdâtres malodorantes - IGH	- PV : Diplocoque gram négatif	- C3G DU IM ou FQ - TTT associé chlamydia : Cyclines DU - PEC IST
Gardnerella vaginalis	/\ Pas une IST - Leucorrhées grisâtres fluides nauséabondes	ED : Clue cell Test à la potasse + : Odeur de poisson pourri	Métronidazole PO dose unique
Trichomonas vaginalis	- IST - Leucorrhées verdâtres mousseuses nauséabondes - Spéculum : Vaginite – Cervicite avec piqueté hémorragique et col framboisé	ED : Protozoaire flagellé et mobile	- Métronidazole PO dose unique - PEC IST

Lorraine Waechter - <http://fichesecon.wordpress.com/>

ITEM 88 : INFECTION GENITALE HAUTE AIGUË

ETIOLOGIES

IST	Chlamydiae trachomatis – Gonocoque – Mycoplasme – Uréaplasma urealiticum – Streptocoque B
Iatrogénie	- Pose de DIU - Geste invasif endo-utérin : IVG, hystérocopie
Contiguïté	Transmission à partir d'un foyer digestif

CLINIQUE

FdR	- Femme jeune - 1 ^{ers} rapports sexuels précoces - Partenaires sexuels multiples - ATCD d'IST - Bas niveau socio-économiques - DIU
Signes fonctionnels	- Symptômes chez le partenaire - Fièvre - Leucorrhées nauséabondes – Purulentes - Douleurs pelviennes unilatérales en fosse iliaque
Examen physique	- Douleur +/- Défense à la palpation abdominale - Spéculum : Leucorrhées +/- Métrorragies – Cervicite - TV : Douleur à la mobilisation utérine – Douleur à la palpation des annexes +/- Empatement d'un ou des culs-de-sacs vaginaux
Complications	Douleur de l'hypochondre droit : Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

PARACLINIQUE

Biologie	- NFSpq – VS, CRP : Syndrome inflammatoire - Bilan préopératoire - βhCG
Bactériologie	- PV - ECBU - Si DIU : Ablation + Envoi en bactériologie - Hémoculture si T° > 38,5°C ou frissons - Bilan IST de la patiente et des partenaires
Echographie pelvienne	- Peut être normale - Pyosalpinx : Masse latéro-utérine hétérogène - Abcès ovarien ou du douglas
Coelioscopie	/!\ Seule la coelioscopie permet un diagnostic de certitude - Indications : Femme jeune nullipare ou avec désir de grossesse Doute diagnostique Suspicion de complication : Pyosalpinx – Pelvipéritonite Pas d'amélioration après 48h d'ATB IV - Diagnostic : Exploration + Prélèvements bactériologiques C° : Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis : Adhérence inter-hépto-diaphragmatique en corde de violon - Pronostic : Etat des trompes : Fertilité ultérieure ? - Thérapeutique : Adhésiolyse – Drainage d'abcès – Toilette péritonéale

COMPLICATIONS

Aiguës	Tardives
<ul style="list-style-type: none"> - Abscès : Trompe – Ovaire – Douglas - Pelvipéritonite 	<ul style="list-style-type: none"> - Algies pelviennes chroniques - GEU - Stérilité tubaires - FCS - Salpingite chronique : DI pelviennes chroniques, dyspareunies - Récidives - Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis : Péihépatite à Chlamydia ou gonocoque CI : Douleur de l'hypochondre D + Fièvre Paracl : Sd inflammatoire – BHC N – Echo foie N Coelio : Adhérence inter-hépto-diaphragmatique en corde de violon

PRISE EN CHARGE

Mise en condition	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation - VVP – A jeun – Cs anesth
ATB	<ul style="list-style-type: none"> - IV probabiliste pendant 48h - Puis relais PO pour 14j - Doxycycline + C3G + Métronidazole en l'abs de CI - Puis relai selon germe et ATBgramme
TTT associés	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatique : ATG – Antispasmodique - Bilan IST + Partenaires - Rapports sexuels protégés – Education - Blocage de l'ovulation par POP
Coelioscopie	<ul style="list-style-type: none"> - En aigu si Femme jeune nullipare ou avec désir de grossesse Doute diagnostique Suspicion de complication : Pyosalpynx – Pelvipéritonite Pas d'amélioration après 48h d'ATB IV +/- Coelioscopie de 2nd look à 3 mois si patiente jeune avec désir de grossesse