DrY.ABIB

# LES INFECTIONS GENITALES BASSES ET HAUTES

#### Plan:

- ✓ introduction
- ✓ Motifs de consultation
- L'écosystème vaginal
- Étiologies des IGB

infection non sexuellement transmissible

- \_ mycose
- vaginose bactérienne

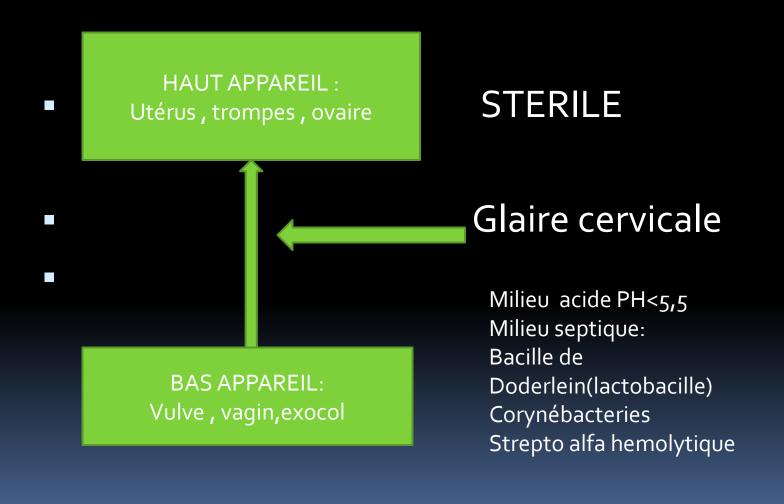
infection sexuellement transmissible

- Bactérienne:

TVaginalis \_ clamydia\_ gonoccoc \_ syphilis

- virales: Herpes – condylomes





# LES INFECTIONS GENITALES BASSES

toute infection de <u>l'étage inférieur</u> de l'appareil génital

L'étage inférieur de l'appareil génital comporte:

Vulve: vulvite

Vagin: vaginite

col: cervicite, endo- cervicite

# CLASSIFICATION

#### **INFECTIONS GENITALES BASSES**

#### IST

Infections Sexuellement
Transmises
Herpès HPV, syphilis Chlamydia,
Gonococcie
T vaginalis

Infections Non Sexuellement
Transmises
Mycoses vaginose

# Classification étiologique des I.S.T

bactéries

protozoaires

mycosique s

virales



#### Bactériennes

- Neisseria gonorrhoae
- Chlamydia trachomatis
- Streptococcus
- Gardnerella vaginalis



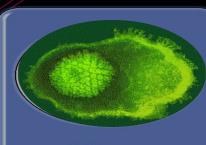
#### Parasitaires

 Trichomonas vaginalis



#### Mycosiques

Candida



Virus

HSV

#### Les symptômes

- Leucorrhée modifiée (quantité et /ou couleur et/ou odeur)
- Prurit, brûlure, picotement, dyspareunie, vulvodynie.
- Éruption, érythème, œdème, tuméfaction
- Ulcération
- U Végétation
- Symptômes chez le partenaire

# L'écosystème vaginal

- A l'état normal, le vagin est une cavité septique: présence de plusieurs germes (commensaux)avec la prédominance des lactobacilles (jusqu'à 10 000 000 germes/ml).
- Ces lactobacilles ont un rôle protecteur contre toutes les infections vaginales sauf les mycoses.
- Ce rôle protecteur est dû à la transformation du glycogène en acide lactique par les lactobacilles; ce qui rend le PH bas (entre 3,5 et 5,5) dans le vagin
- Le glycogène est produit par les cellules épithéliales du vagin sous l'influence de l'œstrogène
- L'acidité n'étant pas propice à la prolifération des bactéries

#### Flore vaginale normale

#### **Flore Dominante**

10<sup>5</sup>-10<sup>7</sup> bact/ g de sécrétions 1 à 1000 / champ

microscopique

Bactéries issue de la flore digestive portage fréquent

(2 à 80% des F)

≤ 10<sup>4</sup> bact/ g de sécrétions

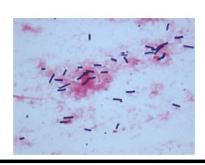
Bactéries issue de la flore oropharyngée portage exceptionnel

(0.1 à 2 % des F)

#### Lactobacilles +++

#### L. crispatus\*, L. jensenii, L. gasseri\*, L iners,

L. fermentatum, L. mucosae, L. paracasei, L. rhamnosus, L. vaginalis, L. plantarum, L. brevis, L. casei, L.delbruecki, L. salivarius L. buchneri



Streptococcus agalactiae

Enterococcus

Entérobactéries

Staphylocoques,

Bacteries anaérobies (Bacteroïdes,

Prevotella, Fusobacterium,

Clostridium, Peptostreptococcus,

Veillonella, Mobiluncus)

Gardnerella vaginalis

Atopobium vaginae,

Mycoplasma hominis

Ureaplasma urealyticum

Streptocoques viridans

Candida albicans

Certains haemophilus

Haemophilus influenzae et parainfluenzae

Streptococcus pyogenes

Pneumocoques

Méningocoques

Neisseria

Branhamella

Capnocytophaga

# L'écosystème vaginal

**AGE** 

La flore vaginale subit donc des modifications en fonction de:

grossesse

contraception

Activites-sexuelles

C-d'hygiènes

# Infection non sexuellement transmises

- mycose
- Vaginose bactérienne

#### La mycose

Agent causal:Levure(Candida Albicans, C.tropicalis, C.Glabrata..)

Symptômes: prurit(++),

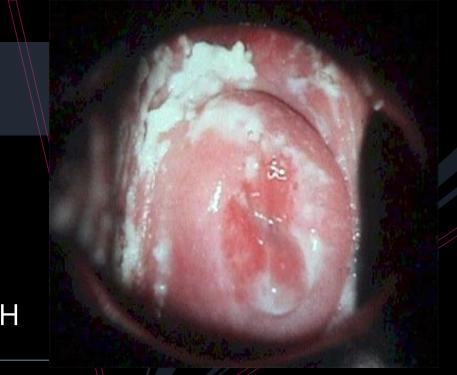
Érythème important extension fréquente à la vulve et au périnée



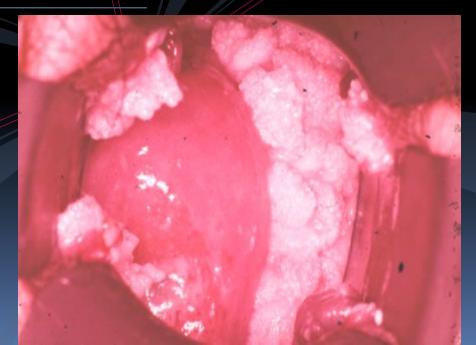


leucorrhées blanches épaisses, crémeuses; .grumuleuses

- PH vaginale <3,5
- Ce n'est pas une I.S.T: pas de traitement du partenaire en l'absence de symptôme chez lui
- Fréquente pendant la grossesse (PH bas)







#### **DIAGNOSTIC**

- Dg clinique
- examen direct au microscope: présence de filaments mycéliens
- Culture sur milieux de sabouraud



# TRAITEMENT épisode isolé

- Traitement par voie locale seul ,par dérivés imidazoles (econazole ,f luconazole ,miconazole) en ovule,+efficace que la nystatine
- Traitement oral:Fluconazol<sub>15</sub>0 une seule prise si signes++
- Crèmes locale (imidazoles) solution iodée (Bétadine)
- Savons alcalin ou neutre
- Les conseils d'hygiène: proscrire les savons acides pour la toilette intime, éviter les sous-vêtements synthétiques

#### LES RECIDIVES: +de 4 épisodes par année

#### Rechercher les causes « classiques »:

- diabète (latent)
- prise d'ATB
- cortico thérapie
- terrain immuno déprimé
- grossesse
- erreurs d'hygiène (excès, produits inadaptés...)

#### TRAITEMENT DES RECIDIVES

- Traitement oral par fluconazole (diflucan, flucand)
- 50 MG par jour pendant 7 jours
- Puis 150 MG 1 fois par semaine pendant 4 semaines
- Puis 150 MG 1 fois par mois pendant 6 mois
- Traitement local; mesures d'hygiene

## Vaginose bactérienne



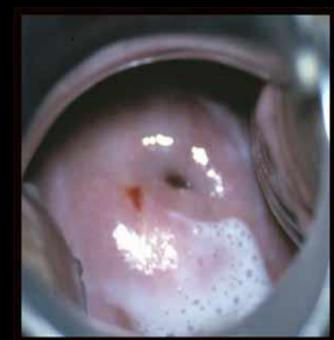
- Agent causal:
   déséquilibre de la flore
   vaginale au profit des
   anaérobies notamment
   Gardnerella Vaginalis avec
   quasi disparition du lactobacille
- Fréquente pendant la grossesse, et en cas de port de DIU
- Peut être à l'origine de faussescouches, de prématurité..

La vaginose bactérienne

#### Symptômes:

- L'existence de leucorrhées adhérentes grisâtres, mousseuses malodorantes ++( poisson en décomposition) exagère par + gtte de potasse
- pH vaginal >4,5
- Présence de clue-cells à l'examen direct





#### La vaginose bactérienne

- Traitements antibiotiques :
- secnidazole : 2 g en 1 prise per os +++
- métronidazole per os : 1 g par jour pendant 5 à 7 jours
   +++
- métronidazole local : moins efficace
   récidives fréquentes : reequilibrer la flore vaginale

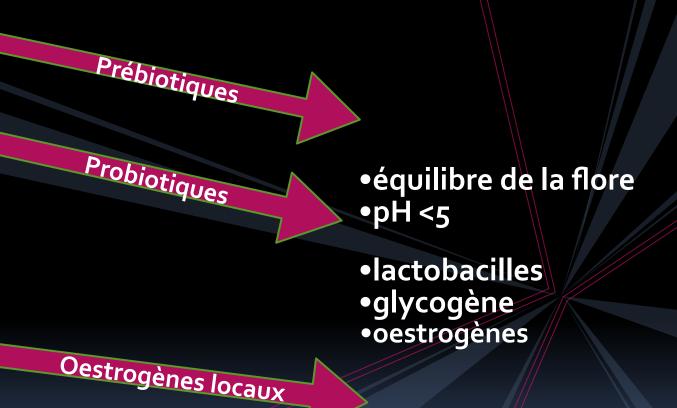
#### **INFECTION ISOLEE**

- Traitement anti-infectieux
- •+/- correcteur écosystème

**RECIDIVE** 

- Traitement anti-infectieux
- •Correcteur écosystème ++-

## Rééquilibrer la flore



## Les probiotiques

- Lactobacilles de substitution
- Mais pas n'importe lesquels :
  - \* Gynophilus\*

localement traitement de 7 jours

(ou 3 à 5 jours pendant les règles)

### Les prebiotiques:

A lactique

A ascorbique

# Infections sexuellement

# transmises Bactérienne

- Trichomonas
- Chlamydia
- Gonocoques
- La Syphilis

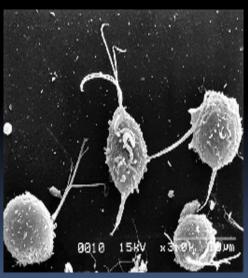
#### **□Virale**

Herpes(Hsv)

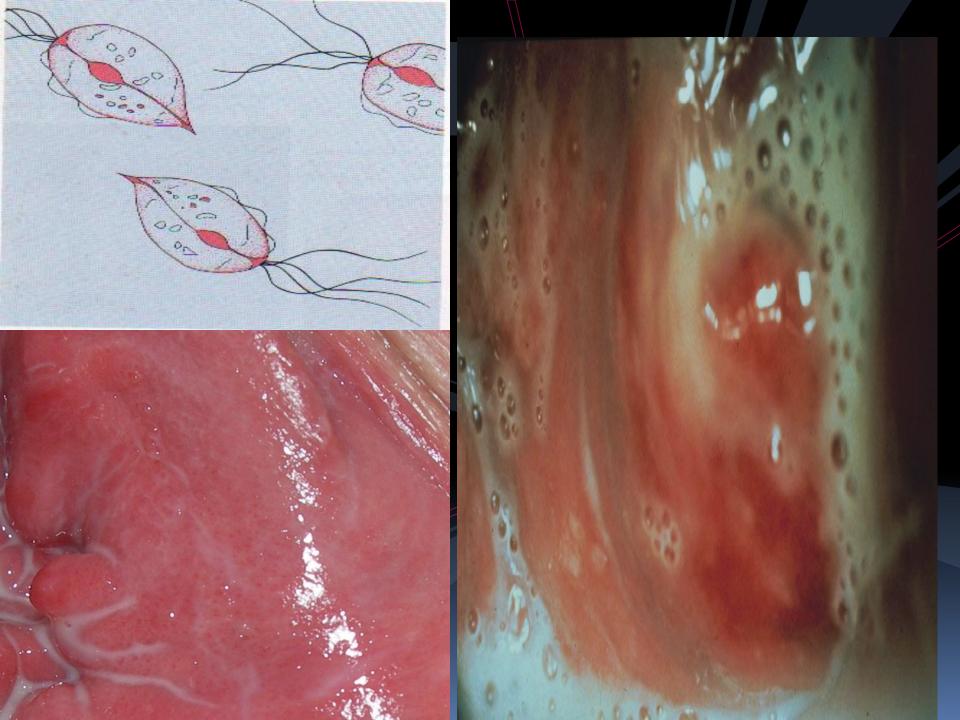
Condylome(Hpv)

#### **Trichomonas**





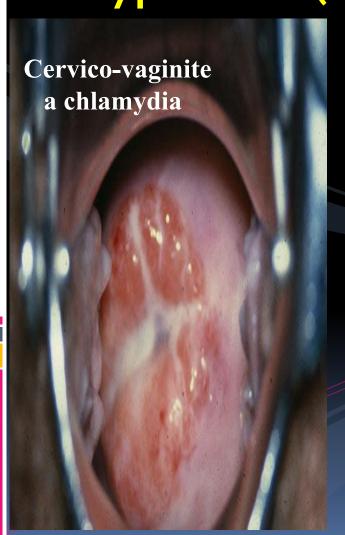
- Agent causal: protozoaire: Trichomonas Vaginalis
- Symptômes: brûlure(++), leucorrhée verdâtre, mousseuses, bulleuses,aérées,odeur de platre frais.
   PH >4,5
- C'est une IST qui peut cacher une autre
- Détectable à l'examen direct sous microscope
- Protozoaire Très mobile grâce à ses flagelles
- Traitement: nitro-5-imidazolés(Flagyl 2g en dose unique ou1g par jour\_7j Fasigyne, Secnol), souvent en dose unique par voie orale



#### **Chlamydia Trachomatis**

- Le germe en cause: Chlamydia Trachomatis, stéréotypes D à K
- (bactérie a développement intra cellulaire obligatoire)
- Les symptômes en cas d'I.G.basse: leucorrhée muco- purulente, métrorragies post- coïtales, dysurie,
- À l'origine de cervicite, urétrite, I.G.haute, conjonctivite, arthrite.
- Chez l'homme : urétrite+ écoulement mucopurulent discret, cuisson, brûlure.
- Souvent associée a une autre IST (gonococcie).

Infection à *Chlamydia trachomatis* sérotype D à K (2)





#### Chlamydia chez la femme

- Les formes inapparentes sont fréquentes
- (+de 50/100)
- Infection à Chlamydia passée inaperçue est Potentiellement grave par leurs conséquences première cause de stérilité tubaire chez la femme

#### Diagnostic

- Culture cellulaire: permet l'isolement de la souche. Le délai est cependant assez long (48 à 72 h). L'antibiogramme ne se fait pas en routine;
- Tests antigéniques : par <u>immunofluorescence</u> directe, méthode <u>ELISA</u>;
- Biologie moléculaire (<u>PCR</u>, ).
- La serologie n'est pas de pratique courante

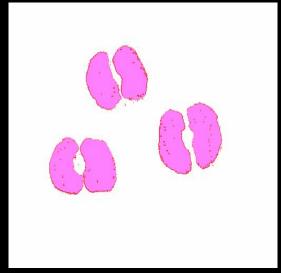
#### Traitement chlamydia

- Minute :Zithromax 1g en une prise unique per os
- Ou cyclines pendant 7 à 21 jours per os
- Ou Ofloxacine 300mg 2f/J/7J
- Traitement du ou des partenaires +++
- On associe systématiquement un traitement pour le gonocoque

## MESSAGE IMPORTANT

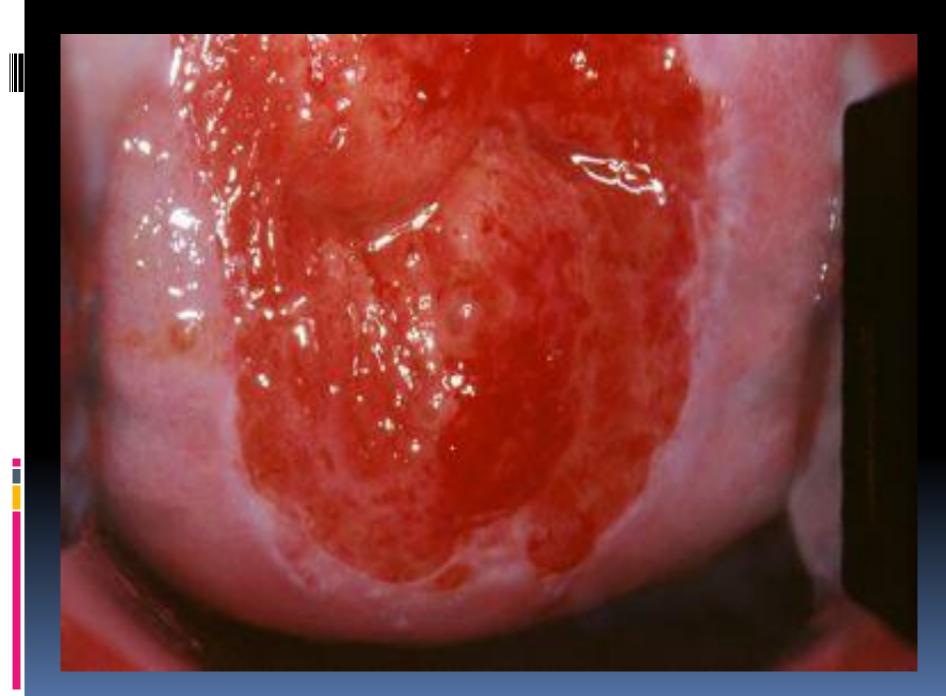
UNE IST PEUT EN CACHERUNE AUTRE

## L'infection à gonocoques





- Germe en cause: Neisseria gonorrheae, cocci Gram-
- C'est une I.S.T en recrudescence
- Les symptômes:
- Chez la femme: souvent vulvovaginite sub- aiguë( leucorrhée jaune-verdâtre purulente avec vulvite ;cervicite++
- Chez l'homme: urétrite aiguë++( brûlure mictionnelle violente et écoulement abondant purulent jaune- verdâtre)
- Le risque chez le nouveau-né: ophtalmie



#### Gonocoque

Diagnostic sur examen bactériologique d'un prélèvement de pus

#### Traitement:

- •Ceftriaxone :rocephine 250 mg a 500mg IM, prise unique
- Cefixime(oroken): 400 mg, VO, prise unique
- Spectinomycine (trobicine)2 g IM prise unique
- Ofloxacine \* 400 mg, VO, prise unique ou
- Norfloxacine \* 800 mg, VO, prise unique ou Ciprofloxacine \* 500 m(+-)VO, prise unique

Traitement systématique associé anti chlamydia Traitement du ou des partenaires+++

## La Syphilis

Le germe en cause: Le Treponema Pallic

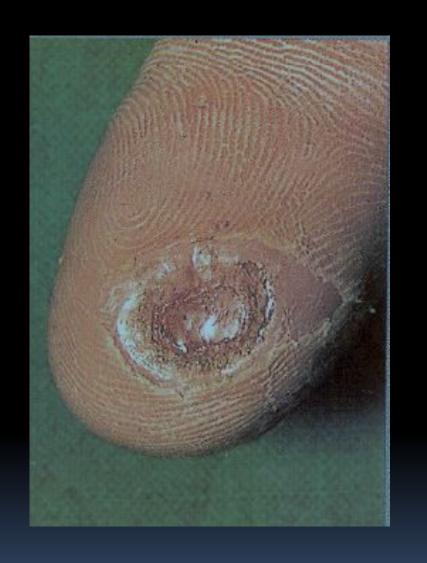
- Transmission sexuelle ds 95/100+++ (~60% des partenaires développent une infection dans les 30j suivant le rapport sexuel contaminant
- Contact avec des lesions (syphilis II)
- Congenital
- Transfusionnel
  - Dépistage obligatoire
    - Don de sang
    - > 1T de grossesse



La syphilis primaire: le chancre : exulcération indolore, unique, indurée, à contours réguliers+ adénopathies satellites









#### La syphilis secondaire:

maladie cutanéo-muqueuse disséminée sur le corps mais typiquement sur la plante des pieds et les paumes des mains( Grande simulatrice)

Une perte de cheveux par plaques

Des verrues plates et lisses dans la région génitale (différentes de celles causées par le VPH)



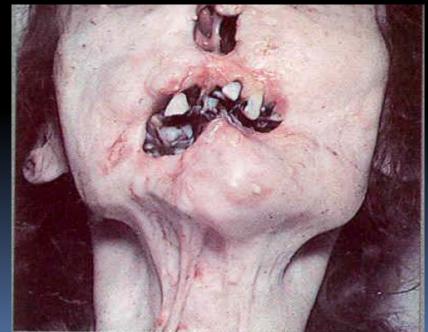


#### syphilis tardive (III)

Lésions destructrices dégénératives non contagieuses, Manifestations (4 à 30 ans après contamination)

- Cardio-vasculaires : aortite, anévrysmes
- Neurologiques : tabès, paralysie générale (artérite)
- Cutanées : gommes, ulcérations chroniques, tubercules





### Traitement

 Syphilis primaire: 1 seule injection intra- musculaire de <u>benzathine-pénicilline</u>. En cas d'allergie, <u>macrolides</u> ou <u>cyclines</u> pendant 15 jours par voie orale :certains préconisent une 2 é inj après une semaine

- Syphilis secondaire: 3 injections intra- musculaire à une semaine d'intervalle de <u>benzathine-pénicilline</u>. En cas d'allergie, <u>macrolides</u> ou <u>cyclines</u> pendant 15 jours par voie orale.
- Syphilis tertiaire (atteinte neurologique): pénicilline
   par voie intraveineuse pendant 15 jours.

- Une injection si précoce (<1 an)</li>
- 3 si tardive
- Atteinte neurologique: Péni G 20 M / j 15 j
- Allergie à la pénicilline: Vibramycine 200mg
   -15j

## Infection virale

- herpes génital
- condylome

## Herpes

- C'est la cause la plus fréquente d'ulcérations génitales d'origine infectieuse
- Affection bénigne mais qui peut affecter la vie sexuelle et affective (récidives frqt, douleur, gènes
- L'infection par HSV augmente le risque d'acquérir le VIH
- L'herpes congenital et grave, mortel dans 50/100
   syndrome malformatif au 1er et au 2ème trimestre

## L'herpès génital

- Le germe en cause: Herpès Simplex Virus type II et moins souvent type I
- C'est une I.S.T, mais aussi auto-contamination
- Les symptômes
- La primo- infection (5 à 15 jours après la contamination): fièvre, asthénie, œdème vulvaire, brûlure et picotement à l'endroit de pénétration du virus.
- vésicules regroupées en bouquets rapidement ulcérées, adénopathie dlr, paresthésie, dysurie.
- La récurrence: reactivation du virus prés du cite initial

## L'herpès génital





## L'herpès génital

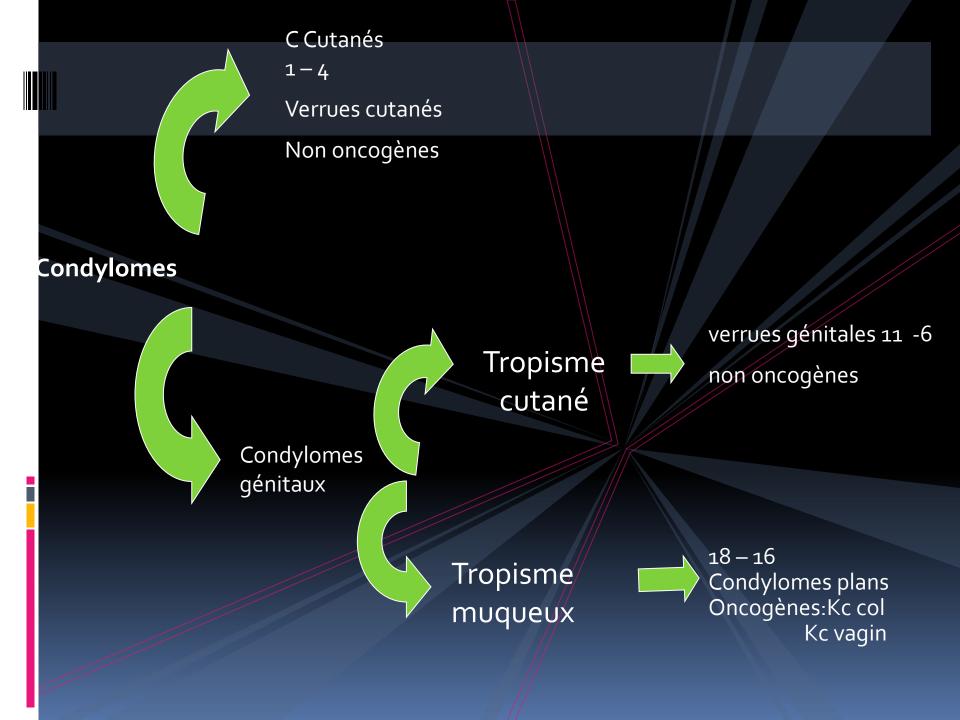
- Le diagnostic:
- cytodiagnostique sur un prélèvement vésiculaire
- culture virale sur un prélèvement local
- examen direct par immuno- fluorescence par AC monoclonaux
- La sérologie : : recherche d'IGM et IGG spécifique
- Amplification de ADN viral par PCR (pas de routine)

## Herpes :Traitement

- Primo infection symptomatique :
- Zelithrex(valacyclorir) 500mg2/f/J/10 j
- Zovirax (Acyclovir): 1cp5x/J/5J
- Si de nouvelles lesions se developpent sous traitement par aciclovir, on peut augmenter la dose jusqu'à 800mgx 5/j et prolonger le traitement pendant 7 a10jours.
- Récurrences :
- Zovirax ou Zelitrex sur 5 jours
- Traitement préventif si ≥ 6/an
   Zelitrex 1cpa500mg/j/6a12mois
- Formes graves (encephalopathie): Zovirax IV

## CONDYLOME GENITAL

- Agent : virus du papillome humain
- > 100 génotypes (40 niveau génital)
- Types non-oncogènes (les + fréquents)
- 6 et 11: condylomes acuminés responsable des verrues genitales
- Types oncogènes
- 16,18,31,33,45: 80% lésions genitales précancéreuses (col-vagin)
- \*\*Infection possible avec plusieurs génotypes\*\*



# Infection par HPV Manifestations cliniques





- Incubation 3 semaines à 3 mois (plusieurs années)
- MAJORITÉS SONT SUB-CLINIQUES
- PAS DE SIGNES APPARENTS
- 1 à 2% des personnes infectées ont des lésions visibles à l'oeil nu

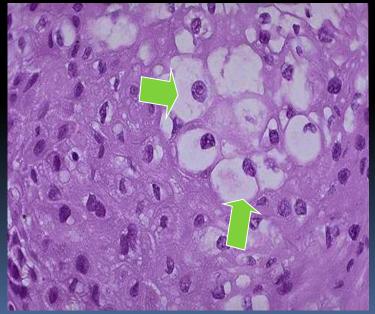
## ÉVOLUTION DES LÉSIONS HPV

- L'evolution naturelle de l'infection est la guérison entre 8 - 16 mois
- Les lésions peuvent persister pendant plusieurs années, et donner des formes latentes.
- Les cancers malpighiens sont précédés par des lésions précancéreuses CIN. L'évolution de ces lésions vers le cancer n'est pas systématique (de 8 a13%).
- Le cancer invasif se développe 15 à 25 ans après l'infection à HPV.
- Il n'y a pas de cancer du col sans HPV (ADN Hpv dans 99,7% des K+ du col).
- C'est le portage persistant, et non pas l'infection en elle-même, qui représente le facteur de risque de progression lésionnelle

## Diagnostic

- Pas de test sanguins disponible
- les lésions cliniques sont aisées à identifier aidées par la colposcopie
- Cytologie après frottis ou biopsie: mise en évidence des Koilocytes et des lésions dysplasique du col





## Prévention du cancer du col

#### Prévention primaire

- Education pour réduire les comportements sexuels à haut risque
- Vaccins

#### Prévention secondaire

- Identifier et traiter les lésions précancereuses avant qu'elles ne progressent vers un cancer du col
- Identifier et traiter les cancers précoces quand les chances de guérisons sont encore bonnes.

#### Prévention secondaire: FCV

Les recommandations proposent un dépistage chez toutes les femmes asymptomatiques ayant une activité sexuelle, âgées de 25 à 65 ans. Lors du début du dépistage, deux frottis sont réalisés à 1 an d'intervalle puis, s'ils sont normaux, un frottis tous les 2 ans.

## Traitement

- Différents traitements disponibles des condylomes externes (d efficacité variable)
  - Azote liquide
  - ☐ Acide trichloracétique de 50 à 80%.
  - Podophyllotoxine (Condyline)et(wartec pd)
  - Imiquimod topique (Aldara). 5FU (Efudix)
  - Destruction au bistouri électrique froid ou à l'anse
  - Electrocoagulation
  - Vaporisation au laser CO2
  - Chirurgie

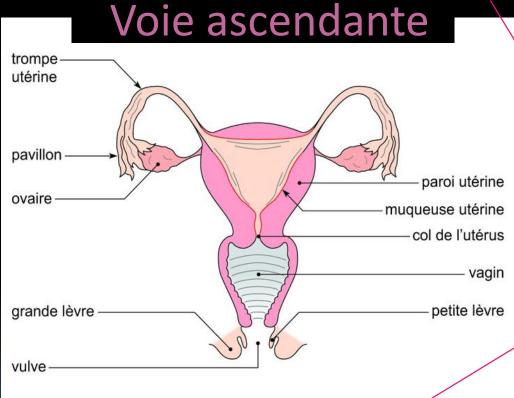
## Vaccin Papillomavirus Humain

- Gardasil®: Tétravalent (6 -11- 16 -18)
- Cervarix®:Bivalent (16 18)
- Le schéma de primo-vaccination comporte 3 doses administrées par voie intramusculaire à o, 2, 6 mois
- a partir de l'adolescence (14ans)
- Le dépistage en routine du cancer du col de l'utérus reste absolument indispensable : Gardasil® et Cervarix® ne protègent pas contre les types d'HPV non contenus dans le vaccin ni contre les infections existantes dues aux HPV au moment de la vaccination

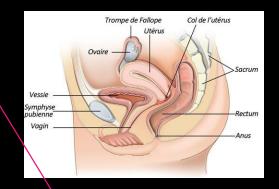
## Infections génitales hautes

- Physiologie :
- Propagation de l'infection par:
- Diffusion par voie muqueuse ascendante(ex: gonocoque):
- Vagin/exocol—endocol—utérus →annexes
- Inoculation directe (pose de DIU /IVG)
- Infection d'une lésion pré existante (cancer)
- Inoculation salpingienne directe (infection digestive )

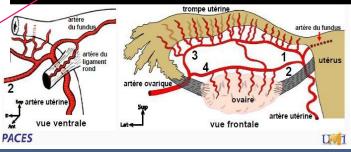
## Physiopathologie



#### Par contiguité



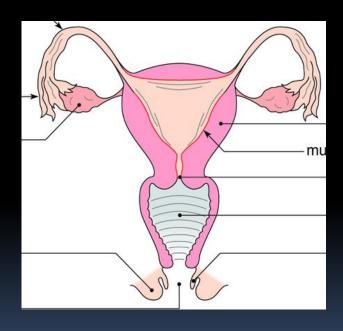
#### Voie hématogène





## Physiopathologie

#### Voie ascendante



#### **Micro-organismes**

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae
- Flore vaginale
- +/- entérobactéries
- +/- autres selon terrain

#### ENDOMETRITE

- Post-partum, post-IVG, post pose de DIU, post-hysterographie..
- Fièvre 39/40°
- Douleur hypogastrique
- +/- défense hypogastrique
- spc: leucorrhée louche voire purulente
- TV: utérus augmenté de volume, douloureux à la mobilisation
- PV , culture de DIU
- Biologie: NFS,CRP,VS : Sd inflammatoire
- TRT : Antibiotiques voie generale

## Salpingites aigues

- Infection d'une ou des deux trompe de Fallope(association fréquente à l'endometrite)
- +/- secondaire à une IGB (IST)
- Urgence DC et TRT
- Risque de stérilité tubaire et de GEU
- DC differentiel

- Facteurs de risque:
- Femme jeune
- Nulli ou pauci-pare
- 1<sup>er</sup> Rapport sexuel précoce
- Bas niveau socio- économique
- Partenaires multiples
- ANTCD (IST)
- DIU ou manipulation en cavitaire

П

- Etiologies :
- Voie ascendante : cervico-vaginite
- IST: chlamydiae trachomatis (60%) gonocoque(10%)
- Bacteroide fragilis
- Enterobacteroides(E.C, proteus, Klebsielle)
- Rarement :mycoplasme, Strepro, Staph(iatrogene)
- Causes iatrogènes: curetage, IVG, RU, HSS, pose de DIU, HSG
- Transmission par contigüité (appendecite, segmoidite)

## diagnostic

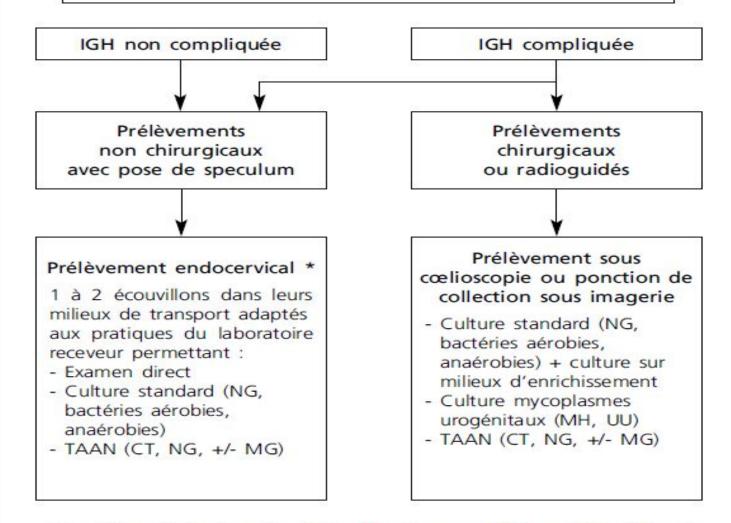
- Interrogatoire:
- Douleurs pelvienne (90%), unilaterale(20%)
- Leucorrhée purulente et nauséabonde
- Metrorragies (50%)
- +/- SFU ( uretrite)
- fievre>38°
- Forme pauci symptomatique (Chlamydiae )
- Examen : abdomen douloureux+/-defense
- Spc: leucorrhée , MTR, cervicite PV, endocol
- TV : douleur a la mobilisation utérine et des CDS lat

- Critères minimums:
- Douleurs à la mobilisation cervicale
- Douleurs utérine ou annexielles sans autre cause retrouvée
- Critères additionnelles :
- Leucorrhée purulentes
- VS ou CRP élevées , fièvre> 38,5°C
- Leucocytes altérée au PV
- Histoire d'infection à Chlamydie ou gonocoque
- Critères spécifiques:
- Critères microbiologiques
- Anomalies à la cœlioscopie
- Anomalies échographique

- Biologie :
- Sd inflammatoire(PNN, CRP,VS)
- bilansISTpatiente+partenaire, serologie chlamydiae
- BHCG+++
- Bacterio:
- Hemoculture si fievre>38,5°C
- PV +endocol+/-méat uretral
- Retrait et mise en culture de DIU
- BU/ECBU
- Prélèvement chez le partenaire

- Echographie n'elimine pas le DC si normale, pyosalpinx, épanchement du Douglas
- TDM ou IRM si doute DC (Appendicite, sigmoidite)
- FCU, à distance: prévalence plus élevée de dysplasie cervicale

#### Prélèvements dans les infections génitales hautes



CT : Chlamydia trachomatis ; MG : Mycoplasma genitalium ; NG : Neisseria gonorrhoeae ; TAAN : technique d'amplification des acides nucléiques ; MH : Mycoplasma hominis ; UU : Ureaplasma urealyticum

 L'option non-recommandée est de pratiquer des prélèvements vaginaux sans speculum.

## complications

- Aigue :
- Abcés pelvien:pyosalpinx , ovaire , CDS douglas
- Pelvi-peritonite aigue
- Thrombophlebite pelvienne

- Tardives : forme chronique
- Stérilité tubaire (1<sup>er</sup> étiologie)
- GEU
- Récidive
- Salpingite chronique (adhérences tubo pelvienne Sd de Fitz-Hug-Curtis)
- Algies pelviennes chroniques
- Pendant la grossesse:
- FSC précoce
- Endométrite du post-partum
- RPM
- Chrioamniotite à membranes fermées
- Infection néo-natales











- En ambulatoire si non compliquée
   :oflocet/augmentin pendant 14 jours
- En hospitalisation si formes complquées :
- Relait pe-os apres 48h d'aperyxie pendant 21jours (protocoles)
- Trt symptomatique:
- Poche de Glace , Ains epres la phase aigie , antalgiques
- Traitement du partenaire
- Suivie clinique et biologique à 3et6mois

- Cœlioscopie :certitude diagnosric++, prélèvement bactériologique
- Pronostic:
- Bilan de lésions, recherche de collections, adhérences Sd FHC
- TRT: adhesiolyse, drrainage des abcés, toillete peritonéale, 2em look
- Blocage ovulation : Contarception OP
- Depistage et trt des IST patienete et partenaire
- Rapport protégé jusqu a la fin du trt
- Guerison = GIU

#### Tableau 1 - Protocoles d'antibiothérapie pour les IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologie a	Voie	Durée b	Remarques
Externe 1 <sup>re</sup> intention	ceftriaxone + doxycycline + métronidazole	1 g 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IM PO PO	1 fois 10 j 10 j	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
Externe Alternatives	ofloxacine + métronidazole +/- ceftriaxone °	200 mg x 2/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	AMM pour ofloxacine à 400 mg/j, mais littérature rapportant 800 mg/j
	lévofloxacine d + métronidazole +/- ceftriaxone c	500 mg/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	pas d'AMM pour lévofloxacine, aussi efficace qu'ofloxacine
	moxifloxacine e +/- ceftriaxone e	400 mg/j 1 g	PO IM	10 j 1 fois	AMM pour moxifloxacine, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître
Hospitalisation 1 <sup>re</sup> intention	ceftriaxone + doxycycline <sup>f</sup> + métronidazole <sup>f</sup>	1 g/j 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IV IV, PO IV, PO	1 fois 10 j 10 j	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
Hospitalisation Alternatives	doxycycline + céfoxitine puis relais par doxycycline + métronidazole	100 mg x 2/j 2 g x 4/j 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IV, PO IV PO PO	10 jours 10 jours	relais oral après 24 h d'amélioration ; cefoxitine efficace sur anaérobies
	clindamycine + gentamicine puis relais par clindamycine	600 mg x 3/j 5 mg/kg x1/j 600 mg x 3/j	IV IV PO	≤ 3 jours 10 jours	clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG

### Prevention

- Dépister et traiter : les vaginites , end cervicites , endométrites,
- Les IST a chlamydiae et gaoniques chez le couple
- Dépistages de infections cervicales avant DIU , HSg..
- Préservatif si partenaire à risque ou inconnu

## CONCLUSION

- Les infections génitales basses sont fréquentes, de diagnostic souvent aisé
- Elle posent le problème de la récidive, surtout pour les vaginoses et les mycoses vaginales.
- Elles peuvent également être la première phase d'une infection génitale haute, dont les conséquences sont nettement plus graves.
- Les infections virales par HPV considérées comme des lésions pré cancéreuses accessibles au dépistage bénéficies depuis quelques années d'une vaccination efficace

# **MESSAGE IMPORTANT:**

ABSTINENCE
FIDELITE MUTUELLE
PRESERVATIFS

meilleure protection

