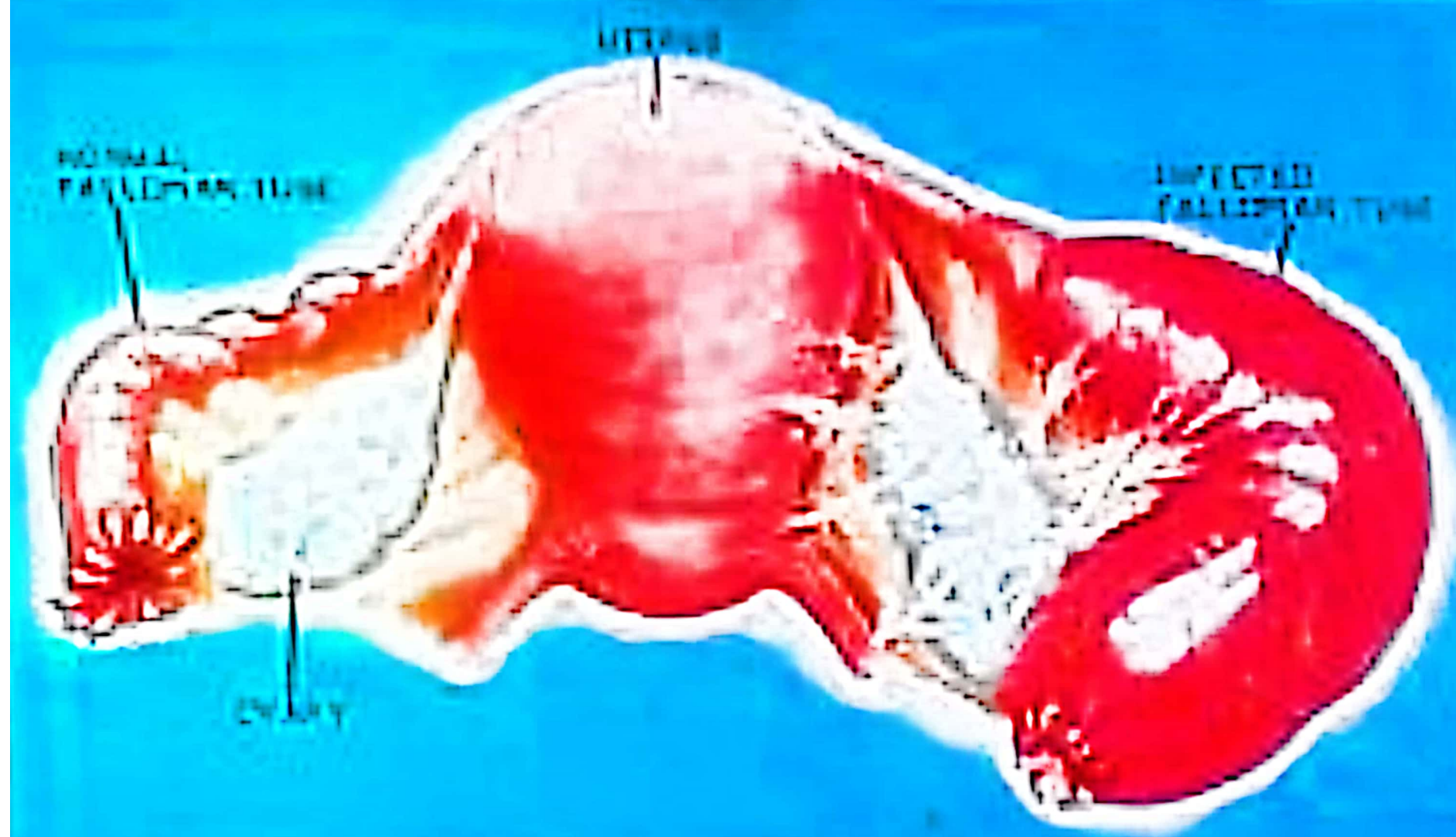


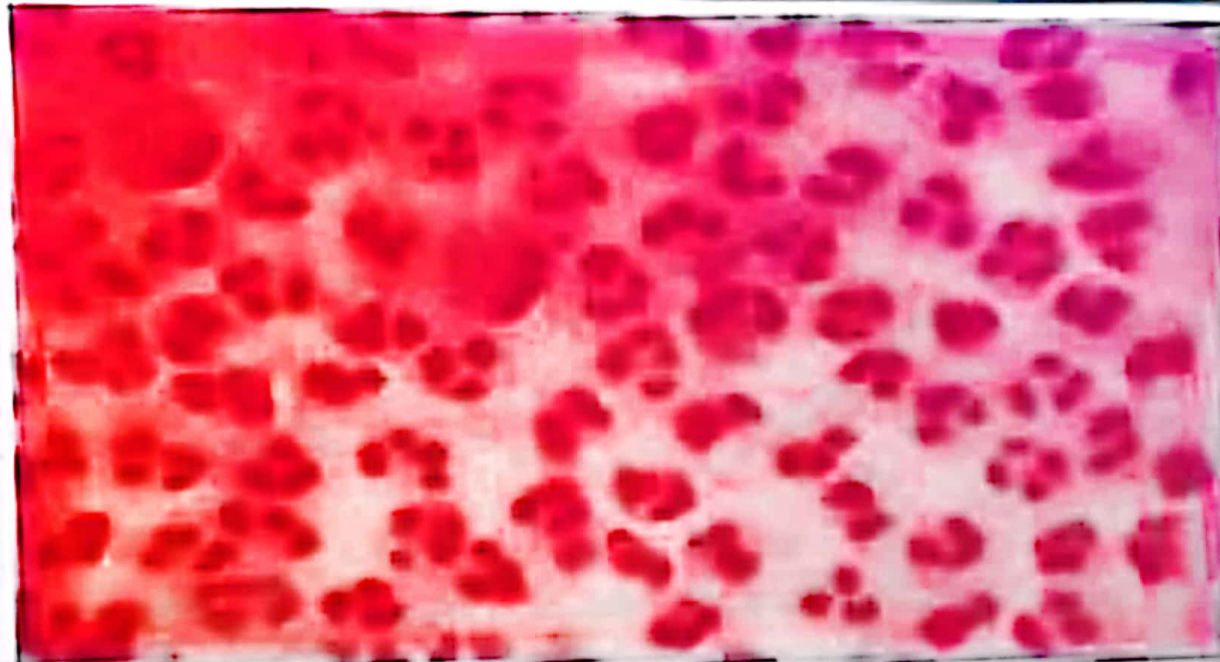
PATHOGENESIS



TRANSMISSION

- SEXUAL TRANSMISSION VIA THE VAGINA AND CERVIX
- GYNECOLOGICAL SURGICAL PROCEDURES
- CHILD BIRTH AND ABORTION
- A FOREIGN BODY INSIDE UTERUS
- CONTAMINATION FROM OTHER INFLAMED STRUCTURES
- BLOOD BORNE TRANSMISSION

INSEMIN GONORRHEE



En 2020, l'OMS estimait à 82,4 millions le nombre de nouvelles infections à *N. gonorrhoeae* chez les adultes âgés de 15 à 49 ans.

MYCOPLASMA GENITALIUM

- *Mycoplasma genitalium* is a fastidious bacterium in the class *Mollicutes*. Its minute 580-kb genome is the smallest known among prokaryotes capable of self-replication. *M. genitalium* was first cultured in 1981 using urethral specimens from men with nongonococcal urethritis (NGU)
- In fact, *M genitalium* is responsible for 2% to 22% of PID, which may affect fertility in women, and is present in 10% to 30% of women diagnosed with cervicitis.

- Le retard thérapeutique lors d'une IGH est associé à une augmentation des risques de grossesse extra-utérine (GEU) et d'infertilité tubaire.
- L'antibiothérapie permet d'obtenir 80 à 90 % de guérison.
- Le traitement antibiotique est indiqué dès lors que le diagnostic clinique d'IGH est probable, après réalisation des prélèvements microbiologiques

- En première intention, l'antibiothérapie **des IGH non compliquées simples** (traitées en externe) est la ceftriaxone 1 g, 1 fois, par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV), associée à la doxycycline 100 mg x 2/j et au métronidazole 500 mg x 2/j par voie orale (PO) pendant 10 jours

- En cas d'IGH non compliquée sur dispositif intra-utérin (DIU), le retrait du DIU ne s'impose pas de façon systématique. Le retrait du DIU est discuté dans les formes compliquées ou en cas de mauvaise évolution dans les 3 à 5 jours suivant le début de l'antibiothérapie

- En cas d'IGH associée à une IST, le dépistage des autres IST (VIH, hépatite B, syphilis) est recommandé chez la patiente et son/sa (ses) partenaire(s). Le(s) partenaire(s) doi(ven)t recevoir une antibiothérapie adaptée à l'IST identifiée chez la femme.

- Les IGH compliquées se composent des pelvipéritonites et des ATO, quelle que soit leur taille, avec ou sans signe de gravité (rupture d'abcès, péritonite généralisée, choc septique).
- En l'absence de signe de gravité, le taux d'échec du traitement des ATO de plus de 3 à 4 cm est augmenté s'ils ne sont pas drainés et des complications graves peuvent survenir.

- Le drainage par ponction par voie transvaginale est à préférer au drainage coelioscopique car la ponction a une très bonne faisabilité, peut se faire d'emblée sous simple sédation et être éventuellement répétée. Il n'est pas nécessaire de laisser un drain en place.
- En présence de signes de gravité, une prise en charge chirurgicale des IGH compliquées doit être envisagée rapidement après instauration d'une antibiothérapie probabiliste et mise en conditions adaptées. La chirurgie doit être réalisée de préférence par coelioscopie. Le drainage est préférable à l'exérèse.

- **Le schéma antibiotique recommandé en première intention pour traiter les IGH compliquées est la ceftriaxone 1 à 2 g/j IV (2 g si signes de gravité ou poids > 80 kg) jusqu'à amélioration clinique, associée à la doxycycline 100 mg x 2/j, IV ou PO, et au métronidazole 500 mg x 3/j, IV ou PO, avec un relais par la doxycycline et le métronidazole aux mêmes posologies par voie orale pendant 14 jours au total.**