

LES PELVIPERITONITES D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE

EFFOH D³ ; ABAULETH R¹ ; LOUÉ V⁴ ; KOFFI A² ; KONAN J⁴.

- 1-Maitre de conférences agrégé
- 2-Maitre assistant
- 3-Assistant chef de clinique
- 4-Interne des hôpitaux

Service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU de Cocody, Abidjan –RCI.

Correspondance : Dr LOUÉ Védi
BPV 13 Abidjan. Tél : +22505315102
Email : drloueved@ yahoo.fr

RESUME

Contexte: Les pelvipéritonites d'origine gynécologique sont devenues fréquentes du fait de la recrudescence des facteurs de risque.

Objectif : Evaluer la prise en charge de cette pathologie dans un contexte africain en insistant sur les éléments épidémiologiques et cliniques permettant le diagnostic afin d'améliorer cette prise en charge.

Patientes et méthodes : L'étude était rétrospective type descriptif ayant porté sur 112 cas de pelvipéritonites d'origine gynécologique observés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody sur une période de 5 ans, allant du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2005.

Résultats : La fréquence des pelvipéritonites a été de 0,95% dans notre étude. Il s'agissait de patientes jeunes avec un âge médian de 25 ans. Elles étaient célibataires (70,54%), nullipares (58,9 %) et de niveau socio économique défavorable (70,54%). Les antécédents gynécologiques étaient dominés par les d'IVG (37,1%) et les infections utéro-annexielles (14,3%). Le diagnostic était essentiellement clinique. L'exploration paraclinique des patientes a été insuffisante du fait de leur pauvreté. Le traitement a comporté en une tri-antibiothérapie probabiliste à spectre large dans 81,25% des cas, associé à des anti-inflammatoires dans 28 cas. Le traitement chirurgical a été obligatoire dans 4 cas. La létalité était de 2,68% (3 décès). **Conclusion :** La guérison a été obtenue dans la majorité des cas cependant le pronostic fonctionnel ultérieur peut être compromis.

Mots-clés : pelvipéritonite, épidémiologie, traitement, séqueles.

SUMMARY

Background: The pelviperitonitis of gynecological origin have become common because of the increased risk factors.

Objective: To evaluate the management of this disease in an African context with emphasis on epidemiological and clinical evidence for the diagnosis to improve this support. Patients and methods: The study was retrospective descriptive dealt with 112 cases of pelvic inflammatory disease of gynecologic origin observed in the department of Gynecology and Obstetrics of Cocody teaching hospital over a period of 5 years from 1st January 2001 to 31st December 2005.

Results: The frequency of pelviperitonitis of gynecological origin was 0.95% in our study. The patients were young with a median age of 25 years. They were single (70.54%), nulliparous (58.9%) and had a low socio economic status (70.54%). The gynecological history was dominated by abortion (37.1%) and utero-adnexal infections (14.3%). The diagnosis was essentially clinical. The paraclinical exploration of patients was insufficient because of their poverty. The treatment consisted of a tri-spectrum antibiotic probabilistic broad in 81.25% of cases associated with anti-inflammatory drugs in 28 cases. Surgical treatment was required in 4 cases. The mortality rate was 2.68% (3 deaths).

Conclusion: though the healing was obtained in most cases, the later functional prognosis can be compromised.

Key words: Pelviperitonitis, epidemiology, treatment, after-affect.

INTRODUCTION

La pelvipéritonite est une infection aigue ou chronique localisée de la cavité péritonéale pelvienne. Lorsqu'elle est méconnue ou insuffisamment traitée, elle peut se compliquer de péritonite généralisée et être responsable de lourdes séquelles à types d'algies pelviennes chroniques et surtout de stérilité^{4,7}. Elle pose ainsi un problème de santé publique^{3,5,6}. Malgré l'apport de la coelioscopie, les difficultés du diagnostic demeurent chez nous car celui-ci repose encore principalement sur la clinique dans notre service². L'objectif de ce travail était de préciser les éléments du diagnostic, d'identifier les facteurs de risque puis de décrire la prise en charge dans un contexte africain.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive ayant porté sur 112 cas de pelvipéritonites d'origine gynécologique au CHU de Cocody sur une période de 5 ans allant du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005. Nous avons inclus dans cette étude, toutes les patientes ayant présenté une pelvipéritonite d'origine gynécologique sur la période d'étude. Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques suivants :

l'âge ; la profession ; la situation matrimoniale ; le niveau socioéconomique et les antécédents gynécologiques de chaque patiente. Les données cliniques étaient représentées par le motif de consultation ; les signes physiques de l'examen et les résultats des examens paracliniques tels qu'ils se présentent dans notre pratique médicale courante. Nous avons également évalué le pronostic après traitement des patientes.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont rapportées dans le tableau n°I ci-dessous

Tableau n° I: Répartition des patientes selon les circonstances de survenue des pelvipéritonites

<i>Facteurs favorisants</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
IVG	26	37,1
HSG	4	5,7
DIU	2	2,9
Menstruation	22	31,4
Infection utéro-annexielle	10	14,3
Infection du post-partum	6	8,6
Total	70	100

Les IVG (37,1%) et la période post-menstruelle immédiate (31,4%) sont les facteurs favorisants prédominants.

Tableau n°II : Répartition des patientes selon les signes retrouvés à l'examen.

Signes cliniques	Effectifs (n=112)	%
Pelvis douloureux	112	100
Douleurs à la mobilisation de l'utérus	112	100
Contracture ou défense hypogastrique	112	100
Hyperthermie	98	87,5
Leucorrhées purulentes et fétides	76	67,9
Cul de sac vaginal sensible	69	61,6
Métrorragies	20	17,9
Masse latéro-utérine	13	11,6
Empâtement des culs de sac	11	9,8
Altération de l'état général	9	8
Anémie	3	4,5

La douleur pelvienne, la douleur à la mobilisation de l'utérus et la défense hypogastrique sont retrouvées chez toutes les patientes ; suivies de l'hyperthermie (87,5%) et des leucorrhées fétides (61,6%).

Pendant la période retenue, 11842 patientes ont été enregistrées aux urgences gynécologiques. Parmi elles, 112 cas de pelvipéritonites d'origine gynécologique ont été colligés, soit une fréquence de 0,95%. L'âge médian des patientes était de 25 ans (extrêmes de 15 et 50 ans). La tranche d'âge de 15 à 30 ans représentait 80,4% des

cas et 96,4% des patientes vivaient dans un environnement de promiscuité. Les patientes étaient célibataires dans 70,54% des cas. L'infection pelvienne était survenue chez 58,9% de patientes nullipares et 58,9% de nulligestes et primigestes. Les antécédents gynécologiques des patientes affichaient 37,1% d'IVG (26 cas),

14,3% d'infection utéro-annexielles (10 cas). Les pelvipéritonites post-menstruelles représentaient 31,4% (22 cas). Les causes iatrogènes à savoir la mise en place d'un dispositif intra-utérin (DIU) pour contraception et la réalisation d'une hystérosalpingographie (HSG) pour bilan de fertilité représentaient respectivement 2,9% (2 cas) et 5,7% (4 cas).

Données cliniques

La douleur pelvienne isolée ou non était le motif de consultation retrouvé dans tous les cas. L'examen physique retrouvait la contracture, la douleur pelvienne et la douleur à la mobilisation de l'utérus dans tous les cas. L'examen retrouvait également la fièvre dans 87,5% des cas avec des leucorrhées purulentes et fétides dans 67,9% des cas.

Examens paracliniques à visée diagnostique

L'hémogramme et la VS avaient été demandés à toutes les patientes. Seules 11 patientes (9,82%) les avaient réalisés dans notre série. On notait une hyperleucocytose et une élévation de la VS dans tous ces cas. Aucun prélèvement pour examen bactériologique ni aucune cœlioscopie n'avait été réalisé. L'échographie pelvienne avait été systématiquement demandée mais seulement 46 patientes (soit 42,1%) avaient pu la réaliser.

Traitement

Le traitement médical a consisté en une triple antibiothérapie chez 91 patientes (81,25%) et une bi antibiothérapie ou mono antibiothérapie chez 21 patientes (18,75 %). Nous avons utilisé les associations suivantes : amoxicilline+ aminoside+ métronidazole dans 55 cas (49,1 %), céphalosporine + aminoside + métronidazole dans 26 cas (23,2 %) et ampicilline + aminoside + métronidazole dans 9 cas (8%). L'antibiothérapie a été associée à des anti-inflammatoires dans 28 cas, à des antalgiques dans 27 cas et à une vessie de glace dans 62 cas. Nous avons observé 105 cas de guérison clinique. La laparotomie exploratrice a été obligatoire dans 4 cas (3,57%) après échec du traitement médical. La létalité était de 2,68 % (3 décès).

DISCUSSION

Dans notre étude, la fréquence des pelvipéritonites d'origine gynécologique était de 0,95%. Il s'agit d'une fréquence relativement plus élevée quand on la compare à celle observée par Setouani⁸ à Casablanca qui trouvait une fréquence de 0,3% et à celle de Adisso¹ qui lui rapportait une fréquence de 0,51% à Cotonou. Les différences observées entre ces fréquences

pourraient être liées au mode de recrutement. En effet, la marge entre l'atteinte utéro-annexielle et l'atteinte péritonéale n'est pas toujours évidente. L'âge moyen des patientes était de 25 ans et la tranche d'âge la plus touchée était celle de 15 à 30 ans avec 84,5% des cas. L'âge jeune des patientes a été retrouvé dans plusieurs études^{1,5,9}. Ceci démontre en effet que les pelvipéritonites sont fréquentes chez les femmes jeunes, en pleine activité génitale. En effet, plusieurs raisons pourraient expliquer cette situation à savoir la mauvaise information concernant les infections sexuellement transmissibles et la contraception, l'hygiène intime insuffisante, la précocité des rapports sexuels et l'ignorance des risques y afférant. La pelvipéritonite était plus fréquente chez les patientes au niveau socioéconomique défavorisé parmi lesquelles 74,54% étaient célibataires. En effet ces deux circonstances exposent à la multiplicité des partenaires sexuels et aux grossesses non désirées se terminant fréquemment par des interruptions volontaires de grossesses. Les interruptions clandestines de grossesses constituaient ici les premières circonstances étiologiques des pelvipéritonites à Abidjan (37,1% des cas dans notre étude) Les nulligestes et les primigestes étaient les plus exposées à l'infection dans notre échantillon. Ralisata⁶ enregistrait 30% de primigestes. Un lien net semble être établi entre l'infection génitale et la réduction de la fertilité. L' HSG avec une proportion de 5,7% et le DIU retrouvé dans 2,9% étaient les causes iatrogènes les plus fréquentes dans notre série. En effet, la souillure microbienne des voies génitales hautes qui gagne le péritoine pelvien se faisait soit à partir des matériels souillés, soit par les germes saprophytes du vagin qui devenaient pathogènes lorsqu'ils changeaient de milieu. Les infections utéro-annexielles (14,3%) et la période post-menstruelle immédiate (31,4%) seraient les facteurs favorisant de l'infection. La souillure microbienne utéro-annexielle se faisait le plus souvent dans la semaine qui suit les menstruations à cause de la disparition du mucus cervical^{10,11} ; les rapports sexuels dans cette période en augmentent le risque. Six cas, soit 5,4% d'infection du post-partum ont été retrouvés. Les gestes lors de l'accouchement à savoir la révision utérine, les soins du post-partum pratiqués sans asepsie rigoureuse et l'absence de traitement antibiotique du post-partum favorisent l'infection génitale haute qui peut se compliquer de pelvipéritonite.

Le diagnostic de l'infection pelvienne a été essentiellement clinique dans notre étude. Aucun prélèvement pour examen bactériologique ni aucune cœlioscopie diagnostique n'avait

été réalisé du fait de la paupérisation de nos patientes, de l'insuffisance de notre plateau technique et du caractère rétrospectif de notre étude. Les examens biologiques étaient limités à l'hémogramme et à la VS. L'association clinique douleurs pelviennes, hyperthermie et leucorrhées purulentes et fétides a été fréquemment retrouvée. Le tableau n°1 en mentionne les détails.

Vu le polymicrobisme dans les pelvipéritonites, la plupart des auteurs préconise une association de 2 ou 3 antibiotiques afin d'être efficace sur les germes^{5,6,9}. Dans notre série, nous avons noté trois possibilités thérapeutiques : une triple antibiothérapie dans 81,25% des cas, une bi-antibiothérapie dans 16,96% des cas et une mono-antibiothérapie dans 1,79% des cas. Le traitement d'attaque était réalisé par voie parentérale dès le début de l'hospitalisation pendant 48 à 72 heures puis un relais par voie orale était entrepris à la défervescence, suivi d'un traitement ambulatoire prolongé de 2 à 3 semaines⁶. Le traitement adjuvant était basé selon le cas sur les anti-inflammatoires, les antalgiques, les antispasmodiques et la vessie sur glace. Le traitement chirurgical a été obligatoire dans 4 cas pour lesquels des signes de péritonite généralisée avaient été observés. La guérison clinique a été observée chez 105 patientes soit 93,75%. Les critères de guérison ont porté sur l'apyrexie, l'amendement des algies pelviennes, la souplesse du pelvis et des culs de sac vaginaux. Sept patientes (6,25%) ont présenté des complications. Elles étaient toutes sous tri-antibiothérapie mais la mauvaise observance du traitement et le non achat des antibiotiques liés au niveau socioéconomique bas avait contribué à cette évolution. Sur ces sept patientes, 3 sont décédées soit un taux de létalité de 2,68 %. Ceci démontre bien la gravité de cette pathologie.

CONCLUSION

La fréquence des pelvipéritonites était de 0,95 % dans notre étude. Les avortements provoqués, les rapports sexuels en période post menstruelle immédiate et les infections utéro-annexielles étaient les facteurs favorisant les plus en vue. Nos patientes ont été insuffisamment explorées en raison de leur pauvreté. Bien que la guérison clinique soit obtenue dans 93,75% des cas, le pronostic fonctionnel ultérieur peut

être compromis à l'origine de stérilité et d'algies pelviennes chroniques. La réduction de la morbidité de cette pathologie nécessite sa prévention par un diagnostic précoce et le traitement énergique des infections génitales basses.

REFERENCES

- 1-Adisso S, Takpara I, Houmbe F, Ayivigan G, Alihonou E. Facteurs étiologiques des péritonites en milieu gynéco-obstétrical au CHU de Cotonou. Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale. 23 Août 2006. [http://www.gfmer.ch/membres/GFMER/Pdf/Péritonite Adisso 2006.pdf](http://www.gfmer.ch/membres/GFMER/Pdf/Péritonite%20Adisso%202006.pdf). Consulté le 12 décembre 2009 à 15h.
- 2-Assi E. Pelvipéritonites (les) d'origine gynécologique. A propos de 297 cas colligés en 3 ans au CHU de Treichville. Thèse médicale, Abidjan 1992 ; 1394.
- 3-Judlin P. Pathologies utéro-annexielles inflammatoires. In pelvipérinologie (Paris, springer) 2006 :547-58.
- 4-Judli P, Majidi-Ahi A, Burllet G. Complications et séquelles des salpingites. EMC (Paris, Elsevier), Gynécologie 1998 :472 A10.
- 5-Laghzaoui BM, Bouhya S, Zinoun N, Bennani O, Hermas S, Soummami A et al. Pelvipéritonites (les) d'origine gynécologique. Maghreb Méd 2000 (345) : 105-7.
- 6-Ralisata RL, Rabenjamina FR, Rafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafisamindrakotroka NS. Les péritonites et pelvipéritonites post-abortum au CHU d'Androva Mahajanga ; à propos de 28 cas. J Gynécol Obstét Reprod 2001 ; 30 :282-7.
- 7-Rim Ben H, Raissi S, Rafika N, Sami M, Dorra Z, Faouzia Z. Place de la coelioscopie en cas d'urgence gynécologique. A propos de 239 cas. Tunisie Méd 2005, 83 : 652.
- 8-Setouani A, Benahia S. Les pelvipéritonites : A propos de 180 cas colligés de 1982 à fin 1987. Sem Hop Pais 1988 ; 34 : 2253-7.
- 9-Takogmo S, Binam F, Simeu CH, Ngassa P, Kouam L, Malonga E. Aspect thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). Médecine d'Afrique noire : 2000 ; 47 (1).
- 10-Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the centers for disease control and prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Clin Infect Dis 1999; 28: 29-36.
- 11-Westrom 2, Mardh P.A. Acute Pelvic inflammatory disease in: Sex Trans Dis 2nd Edition MC Graw-Hill Edit, New-York 1990; 593-613.