

ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (AIP)

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Traitement tableaux 4 et 5	66 et 67	L'énoncé relatif aux quinolones a été mis à jour dû à l'augmentation des taux d'infections gonococciques résistantes aux quinolones au Canada.	<p>Énoncé ajouté en bas des deux tableaux</p> <p>Dû à l'augmentation rapide de la <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada. Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI : des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée; OU au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.</p>
Traitement	65	Un nouvel énoncé est requis pour le traitement aux quinolones pour des AIP non reliées à une infection gonococcique résistante à ces antibiotiques.	<p>Énoncé ajouté</p> <p>Bien que les quinolones ne soient plus recommandées pour le traitement des infections gonococciques au Canada, dû à la nature polymicrobienne des AIP, elles peuvent toujours être utiles pour le traitement d'une infection aiguë qui n'implique pas une <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones. Des essais cliniques récents démontrent que les quinolones sont très efficaces à guérir des AIP aiguës .(9-11)</p>

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Traitement	65	Un nouvel énoncé est requis quant au traitement alternatif des patientes ayant des contre indications au traitement par les céphalosporines et/ou quinolones.	Énoncé ajouté Pour les patientes présentant des contre-indications au traitement par les céphalosporines ou les quinolones, les données probantes récentes suggèrent que l'administration de l'azithromycine de courte durée, c'est-à-dire, à une dose de 250 mg, p.o., 1 f.p.j. pour une semaine OU 1 g, p.o., en dose unique pendant deux semaines PLUS le metronidazole oral est très efficace, produisant une guérison clinique pour des AIP aiguës .(12)
Traitement	66	Tableau 4 - Traitement A Céfotétan 2g i.v. toutes les 12 heures PLUS doxycycline 100 mg i.v. ou p.o toutes les 12 heures	Ce schéma thérapeutique a été enlevé du tableau Le Céfotétan n'est plus disponible au Canada.
Déclaration des cas et notification aux partenaires	68	L'énoncé sur le notification et prise en charge des partenaires a besoin de clarification (Puce # 4). Après l'examen, les partenaires doivent recevoir un traitement empirique contre les infections gonococciques et les infections à Chlamydia trachomatis.	Remplacé par: Après l'examen, les partenaires devraient recevoir un traitement empirique contre les infections gonococciques et les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.

ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (AIP)**Étiologie**

- Chez la femme, les causes des douleurs abdominales basses sont multiples. Celles-ci peuvent en effet être dues à une maladie ou à une dysfonction gynécologique (complications d'une grossesse, infections aiguës, endométriose, troubles annexiels, troubles menstruels), gastro-intestinales (appendicite, gastro-entérite, maladie inflammatoire de l'intestin), urogénitales (cystite, pyélonéphrite, néphrolithiase), musculo-squelettiques ou neurologiques.
- La cause infectieuse la plus fréquente des douleurs abdominales basses chez la femme est liée aux atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)¹.
- Les AIP sont dues à une infection imputable à divers pathogènes.
- La majorité des cas d'AIP sont associés à plus d'un micro-organisme.
- Les micro-organismes peuvent être classés selon qu'ils sont transmis sexuellement ou qu'ils sont endogènes.

Tableau 1. Causes microbiennes

Micro-organismes transmis sexuellement	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Neisseria gonorrhæae</i> • Virus et protozoaires (rares) : <ul style="list-style-type: none"> – virus Herpes simplex – <i>Trichomonas vaginalis</i>
Micro-organismes endogènes	<ul style="list-style-type: none"> • Mycoplasmes des voies génitales : <ul style="list-style-type: none"> – <i>Mycoplasma genitalium</i> – <i>Mycoplasma hominis</i> – <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Bactéries anaérobies	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bacteroides spp</i> • <i>Peptostreptococcus spp</i> • <i>Prevotella spp</i>
Bactéries aérobies facultatives	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escherichia coli</i> • <i>Gardnerella vaginalis</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Streptococcus spp</i>

Définition

- Les AIP sont des infections des voies génitales supérieures féminines pouvant se localiser dans l'endomètre, les trompes de Fallope, le péritoine pelvien ou les structures contiguës.

Épidémiologie

- Les AIP constituent un problème de santé publique notable.
- Jusqu'aux deux tiers des cas ne sont pas décelés, de sorte que les sous-déclarations sont fréquentes.
- Environ 100 000 cas d'AIP avec symptômes se produisent annuellement au Canada mais comme ces affections ne sont pas signalées à l'échelle nationale, leur nombre exact est inconnu.
- On estime que 10 à 15 % des femmes en âge de procréer ont déjà présenté un épisode d'AIP².
- Ces dernières années, les taux d'hospitalisation liés aux AIP ont baissé (118 pour 100 000 femmes en 1995 par rapport à 55 pour 100 000 femmes en 2001, selon les données de Santé Canada) car de plus en plus de patientes sont traitées en clinique externe; le nombre de visites médicales liées aux AIP est toutefois demeuré stable.
- L'incidence de séquelles à long terme dues aux AIP (infertilité liée aux trompes de Fallope, grossesse ectopique, douleur pelvienne chronique) est directement liée au nombre d'épisodes d'AIP³.
- Dans les régions qui bénéficient depuis de nombreuses années de programmes de contrôle des infections à *Chlamydia trachomatis*, les taux d'AIP et de grossesses ectopiques ont baissé.

Prévention

- Les programmes de promotion de la santé et d'éducation à la santé sont essentiels pour encourager le dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) et devraient être diffusés auprès des différents groupes populationnels.
- Les professionnels de la santé devraient assumer la responsabilité des activités de prévention primaire telles que le counselling portant sur la réduction des risques et l'éducation des patients.
- Au moment du diagnostic de l'infection, les professionnels de la santé devraient insister sur la prévention et les pratiques sexuelles plus sécuritaires. Ils devraient également déterminer quels sont les obstacles aux mesures préventives et trouver les moyens de les contourner.
- Il faut conseiller aux patientes et à leurs partenaires de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin de leur traitement.

Manifestations et diagnostic

- Les douleurs abdominales peuvent être la manifestation clinique de nombreuses affections. Les symptômes des AIP peuvent par ailleurs ressembler à ceux d'autres troubles gynécologiques, gastro-intestinaux, urinaires ou musculo-squelettiques.
- Pris isolément, ni l'évaluation des antécédents, ni l'examen physique, ni les analyses de laboratoire ne sont une méthode sensible et spécifique permettant de poser un diagnostic d'AIP⁴.
- Seules un tiers des femmes souffrant d'AIP aiguës ont une température supérieure à 38 °C⁵.
- Parmi les signes observables à l'examen physique des femmes souffrant d'AIP aiguës, on note une sensibilité abdominale basse bilatérale, une sensibilité à l'utérus ou une sensibilité

aux annexes et à la mobilisation du col. Ces signes peuvent toutefois être aussi ceux d'autres affections.

- Le diagnostic clinique des AIP étant imprécis, les cliniciens ont besoin d'avoir un indice de suspicion élevé.

Tableau 2. Critères diagnostiques

Critères diagnostiques minimaux	Critères diagnostiques supplémentaires	Critères diagnostiques définitifs
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité abdominale basse • Sensibilité aux annexes • Sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus 	<ul style="list-style-type: none"> • Température orale > 38,3 °C • Présence de globules blancs dans les sécrétions vaginales au microscope dans une préparation saline/ préparation à l'état frais • Vitesse de sédimentation globulaire élevée • Taux élevé de protéine C-réactive • Objectivation d'une infection du col de l'utérus par <i>Neisseria gonorrhæae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> par des analyses de laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie de l'endomètre avec signes histopathologiques d'endométrite (au moins 1 plasmocyte par champ × 120 et au moins 5 neutrophiles par champ × 400) • Échographie (ou autres techniques d'imagerie) transvaginale révélant un épaissement des trompes de Fallope pleines de liquide, avec ou sans liquide pelvien libre ou complexe tubo-ovarien • Norme : laparoscopie révélant des anomalies typiques d'AIP, par exemple un érythème ou des exsudats muco-purulents des trompes de Fallope

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

Examen physique et prélèvement d'échantillons

- Effectuer un examen abdominal et pelvien complet chez toute patiente souffrant de douleurs abdominales basses.
- L'examen pelvien devrait comprendre un examen au spéculum ainsi qu'un examen bimanuel
- Examiner les organes génitaux externes, le vagin et le col utérin
- Procéder à un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique pour écarter une grossesse ectopique.
- À l'aide d'un spéculum, procéder à un écouvillonnage endocervical pour faire des tests diagnostiques de *Neisseria gonorrhæae* et de *Chlamydia trachomatis*.
- Prélever les lésions du col utérin à l'aide d'un écouvillon en vue de tests diagnostiques du virus Herpes simplex, si l'on soupçonne la présence de ce dernier.
- Procéder à des écouvillonnages vaginaux pour effectuer des cultures, des tests du pH, une recherche d'odeur d'amine, des préparations à l'état frais avec une solution saline normale et avec de l'hydroxyde de potassium, et une coloration de Gram. L'évaluation clinique des

vaginose bactérienne est basée sur les critères Amsel, trois critères sur quatre sont nécessaires (perte vaginale, pH élevé, recherche d'odeur d'amine et «clue cells»⁶). Il pourrait être pertinent de faire une culture aérobie et anaérobie pour la détection d'agents pathogènes vaginaux inhabituels tels que le *Streptococcus* du Groupe A.

Diagnostic de laboratoire

- Les résultats négatifs des analyses de laboratoire ne permettent pas d'exclure la présence d'AIP.
- Un examen normal à l'échographie ne permet pas d'exclure la présence d'AIP.
- L'échographie peut faciliter le diagnostic, surtout lorsqu'on soupçonne la présence d'un abcès tubo-ovarien.
- Un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique devrait être effectué pour écarter le risque de grossesse ectopique du diagnostic différentiel.
- La détection de diplocoques intracellulaires Gram négatif sur une coloration de Gram des sécrétions endocervicales, les résultats positifs d'un test diagnostique de *N. gonorrhæae* ou de *C. trachomatis*, ou les deux supportent un diagnostic d'AIP.
- Des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pourraient faciliter la détection de *N. gonorrhæae* ou de *C. trachomatis*.
- Parmi les autres tests pertinents pour le diagnostic des AIP aiguës, on compte l'hémogramme complet, vitesse de sédimentation globulaire, le taux de protéine C-réactive et la biopsie de l'endomètre.

Prise en charge

- Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour que la fécondité ne soit pas compromise.
- L'antibiothérapie peut être administrée par voie orale ou parentérale, au cours d'une hospitalisation ou en consultation externe (traitement ambulatoire).
- Les données recueillies nous portent à croire que les taux d'efficacité et de complications à long terme ne sont pas significativement différents entre ces deux voies d'administration ou entre l'administration au cours d'une hospitalisation ou en consultation externe⁷.
- Les patientes bénéficiant d'un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir de nouveau un examen deux ou trois jours après le début du traitement.
- En l'absence d'amélioration clinique, il faut hospitaliser les patientes afin de leur administrer un traitement par voie parentérale, les mettre sous observation et procéder éventuellement à une laparoscopie; il faut également envisager de consulter des collègues expérimentés dans les soins de ce type de patientes.

*Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

Tableau 3. Critères pour l'hospitalisation

- On ne peut pas exclure les urgences chirurgicales telles que l'appendicite.
- La patiente est enceinte.
- La patiente ne répond pas cliniquement à l'antibiothérapie orale.
- La patiente ne peut pas suivre ou tolérer un traitement par voie orale en clinique externe.
- La patiente présente une affection grave, de la nausée, des vomissements ou une forte fièvre.
- La patiente présente un abcès tubo-ovarien.

Envisager une hospitalisation pour administrer un traitement oral sous observation ou un traitement parentéral dans les cas suivants :

- infection au VIH;
- jeunes et adolescentes (particulièrement si l'adhérence au traitement n'est pas garantie).

Traitement

- Les objectifs du traitement consistent à maîtriser l'infection aiguë et à prévenir les séquelles à long terme telles que l'infertilité, une grossesse ectopique ou des douleurs pelviennes chroniques.
- Les schémas thérapeutiques devraient être empiriques et couvrir un large spectre de pathogènes éventuels, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP.
- Les schémas thérapeutiques devraient cibler *N. gonorrhœae*, *C. trachomatis*, les bactéries Gram-négatif aérobies facultatives et les streptocoques⁸. Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.
- Bien que les quinolones ne soient plus recommandées pour le traitement des infections gonococciques au Canada, dû à la nature polymicrobienne des AIP, elles peuvent toujours être utiles pour le traitement d'une infection aiguë qui n'implique pas une *N. gonorrhœae* résistante aux quinolones. Des essais cliniques récents démontrent que les quinolones sont très efficaces à guérir des AIP aiguës.⁹⁻¹¹
- Pour les patientes présentant des contre-indications au traitement par les céphalosporines ou les quinolones, les données probantes récentes suggèrent que l'administration de l'azithromycine de courte durée, c'est-à-dire, à une dose de 250 mg, p.o., 1 f.p.j. pour une semaine OU 1 g, p.o., en dose unique pendant deux semaines PLUS le metronidazole oral est très efficace, produisant une guérison clinique pour des AIP aiguës.¹²
- On peut envisager l'arrêt du traitement parentéral 24 heures après l'amélioration de l'état de la patiente sur le plan clinique⁸.
- Une antibiothérapie transitionnelle par voie orale devrait ensuite être amorcée, la durée totale du traitement devrait être de 14 jours⁸.
- Si le traitement demeure inefficace, il faut envisager d'autres diagnostics différentiels et une laparoscopie.

Tableau 4. Schémas thérapeutiques parentéraux recommandés

Traitement A ¹³ [A-I]	<ul style="list-style-type: none"> • Céfoxitine, 2 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures. <ul style="list-style-type: none"> – Il est possible d’interrompre le traitement parentéral 24 heures après l’amélioration clinique du patient et de poursuivre le traitement oral par la doxycycline (100 mg, 2 f.p.j.) pour un total de 14 jours. – La plupart des experts recommandent d’administrer la doxycycline p.o. même chez les patients hospitalisés, car l’administration i.v. est douloureuse et plus coûteuse; en outre, les deux voies ont des biodisponibilités similaires.
Traitement B [A-I]	<ul style="list-style-type: none"> • Clindamycine, 900 mg, i.v. toutes les 8 heures PLUS • Gentamicine*, dose de charge i.v. ou i.m. (2 mg/kg de poids corporel), suivie d’une dose d’entretien (1,5 mg/kg) toutes les 8 heures. Il est possible de lui substituer une posologie uni dose quotidienne (5 mg/kg de poids corporel i.v. toutes les 24 heures). <ul style="list-style-type: none"> – Il est possible d’interrompre le traitement parentéral 24 heures après l’amélioration clinique du sujet et de poursuivre le traitement oral par la doxycycline (100 mg, 2 f.p.j.) ou la clindamycine (450 mg p.o., 4 f.p.j.) pour un total de 14 jours.
Autres traitements ¹⁴ [A-II]	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacin, 400 mg, i.v. toutes les 12 heures[†] ± métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[‡] OU • Lévoﬂoxacin, 500 mg, i.v. 1 f.p.j.[†] ± métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[‡] OU • Ampicilline/sulbactam, 3 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures OU • Ciproﬂoxacin, 200 mg, i.v. toutes les 12 heures[†] PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures ± métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[‡]. <ul style="list-style-type: none"> – Comme la ciproﬂoxacin ne cible pas bien <i>C. trachomatis</i>, il est recommandé d’ajouter systématiquement la doxycycline. – Étant donné que les deux quinolones ne couvrent pas bien toutes les bactéries anaérobies, il faudrait ajouter le métronidazole à chaque traitement.[‡]

Notes :

- Les patientes ne doivent pas boire d’alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement avec le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).
- L’administration d’ofloxacin, de ciproﬂoxacin, de lévoﬂoxacin et de doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. Les femmes enceintes ne doivent être traitées ni par les quinolones, ni par les tétracyclines.

* Les recommandations ci-dessus s’appliquent aux patientes dont la fonction rénale est normale. Il faut modifier la posologie de la gentamicine lorsque la fonction rénale de la patiente est altérée. Il convient aussi de surveiller la fonction rénale et les concentrations de gentamicine pendant la durée du traitement.

† Dû à l’augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciproﬂoxacin et l’ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

- Les quinolones peuvent être considérées **comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI** :
 - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;
 - OU
 - au cas où l’épreuve de résistance aux antimicrobiens n’est pas disponible, un test de contrôle de l’efficacité du traitement est essentiel.

‡ Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d’AIP mais il reste à déterminer si l’élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.

Tableau 5. Schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement ambulatoire

Traitement A¹⁵ [A-II]	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [§] PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours OU • Céfoxitine, 2 g, i.m. PLUS probénécide, 1 g, p.o., à prendre en dose unique avec la céfoxitine PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours OU • Une autre céphalosporine de la troisième génération par voie parentérale (p. ex., ceftizoxime ou céfotaxime) PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours. • De nombreux experts recommandent l'ajout, à ce traitement, de 500 mg de métronidazole p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours pour mieux couvrir les bactéries anaérobies, et le traitement des vaginoses bactériennes [‡] [B-III].
Traitement B¹⁶ [A-II]	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacin, 400 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [†] ± métronidazole 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [‡] [A-I] OU • Lévofoxacin, 500 mg, p.o., chaque jour [†] ± métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [‡] [B-II]. <ul style="list-style-type: none"> - On ajoute le métronidazole pour couvrir les bactéries anaérobies [‡] - Les données préliminaires nous portent à croire que la lévofoxacin orale est aussi efficace que l'ofloxacin orale, en plus d'avoir l'avantage d'être à unidose quotidienne⁹.

Notes :

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).
- L'administration d'ofloxacin, de ciprofloxacine, de lévofoxacin et de doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. Les femmes enceintes ne doivent être traitées ni par les quinolones, ni par les tétracyclines.

[†] Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

- Les quinolones peuvent être considérées **comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI** :
 - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

[§]La ceftriaxone ne doit pas être administrée aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

^{||}Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

[‡] Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.

Prises en considération d'autres ITS

- Les sujets présentant une ITS sont susceptibles d'être infectés par une ou plusieurs autres ITS concomitantes.
- À la suite d'un diagnostic d'AIP, il faut procéder au dépistage d'autres infections, y compris le VIH et la syphilis, et offrir du counselling.
- Il est recommandé d'immuniser les sujets contre l'hépatite B, s'ils ne le sont pas encore.
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Le cas de maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux départements de santé publique locaux.
- La prise en charge des femmes souffrant d'AIP n'est considérée comme optimale que si leurs partenaires sexuels sont également examinés et traités.
- Tout partenaire avec qui la patiente a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date de diagnostic si elle était asymptomatique devrait se soumettre à une évaluation clinique.
- Après l'examen, les partenaires devraient recevoir un traitement empirique contre les infections gonococciques et les infections à *Chlamydia trachomatis* quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Lorsque le micro-organisme responsable de l'AIP est associé à une ITS à déclaration obligatoire, les départements de santé publique locaux peuvent offrir leur concours au processus de notification aux partenaires, à leur orientation vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé.

Suivi

- Les douleurs et les sensibilités dues aux AIP aiguës devraient commencer à s'atténuer dans les 48 à 72 heures suivant le début de l'antibiothérapie¹⁷.
- Si aucune amélioration n'est constatée, d'autres analyses devraient être effectuées.
- Les patientes bénéficiant d'un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir de nouveau un examen deux ou trois jours après le début du traitement.
- En l'absence d'amélioration clinique, il faut hospitaliser la patiente pour lui administrer un traitement par voie parentérale et la mettre sous observation.
- À la suite d'un diagnostic d'AIP, les patientes devraient être informées du risque de complications à court terme telles que le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite gonococcique) et l'abcès tubo-ovarien, ainsi que de l'éventualité de séquelles à long terme comme l'infertilité, les grossesses ectopiques et les douleurs pelviennes chroniques.

Considérations spéciales

Grossesse

- Les AIP sont rares pendant la grossesse, particulièrement après le premier trimestre.
- Les femmes enceintes chez qui on soupçonne la présence d'AIP devraient être hospitalisées pour être examinées et recevoir un traitement parentéral en raison du risque accru d'effets indésirables pour elles-mêmes et le déroulement de leur grossesse.
- Le diagnostic différentiel des douleurs abdominales aiguës pendant la grossesse pouvant inclure de multiples conditions, il est recommandé de consulter un collègue ayant une expertise en la matière.

Infection à VIH

- Chez les femmes atteintes du VIH et souffrant d'AIP, l'évolution clinique risque d'être plus complexe.
- Certaines études incitent à croire que dans le cas des femmes séropositives pour le VIH et souffrant d'AIP, le nombre de jours d'hospitalisation, le risque d'abcès tubo-ovarien et la nécessité de procéder à une intervention chirurgicale sont accrus, comparativement aux femmes séronégatives^{18,19}.
- Ces femmes devraient être suivies étroitement et recevoir un traitement agressif; l'hospitalisation devrait être envisagée.
- Il est recommandé de consulter un spécialiste dans le traitement du VIH.

Adolescentes

- Les adolescentes chez qui on soupçonne des AIP devraient être hospitalisées si l'adhérence au traitement n'est pas garantie.

Patientes qui portent un stérilet

- Dans le cas des patientes qui portent un stérilet, celui-ci ne doit être retiré qu'après le début du traitement et l'administration d'au moins deux doses d'antibiotiques.

Références

1. ESCHENBACH , D.A. « Epidemiology and diagnosis of acute pelvic inflammatory disease », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 55, suppl. 5, 1980, p. S142-S152.
2. ARAL, S.O., W.D. MOSHER et W. CATES JR. « Self-reported pelvic inflammatory disease in the United States », *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, 1988, p. 2570-2573.
3. WESTROM, L., M.J. JOESOEF, G. REYNOLDS, A. HAGDU et S.E. THOMPSON. « Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 19, 1992, p. 185-192.
4. KAHN, J.G., C.K. WALKER, A.E. WASHINGTON, D.V. LANDERS et R.L. SWEET. « Diagnosing pelvic inflammatory disease: A comprehensive analysis and considerations for developing a new model », *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, 1991, p. 2594-2604.
5. WOLNER-HANSEN, P. « Diagnosis of pelvic inflammatory disease », dans D.V. Landers et R.L. Sweet RL (sous la dir. de), *Pelvic Inflammatory Disease*, New York, Springer-Verlag, 1997, p. 60-75.
6. AMSEL, R., P.A. TOTTEN, C.A. SPIEGEL, K.C. CHEN, D. ESCHENBACH et K.K. HOLMES. « Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations », *American Journal of Medicine*, vol. 74, 1983, p. 14-22.
7. NESS, R.B., D.E. SOPER, R.L. HOLLEY et coll. « Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, 2002, p. 929-937.
8. WALKER, C.K., J.G. KAHN, A.E. WASHINGTON, H.B. PETERSON et R.L. SWEET. « Pelvic inflammatory disease: Meta-analysis of antimicrobial regimen efficacy », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 168, 1993, p. 969-978.
9. MARTENS, M.G., S. GORDON, D.R. YARBOROUGH, S. FARO, et coll. « Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in outpatient treatment of pelvic inflammatory disease. Ambulatory PID research Group » *Southern Medical Journal*, vol. 86, 1993, p. 604-610.
10. ARREDONDO, J.L., V. DIAZ, H. GATIAN, et coll. « Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate pelvic inflammatory disease » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 24, 1997, p. 170-178.
11. ROSS, J.D.C., S. CRONJE, T. PASKOWSKI, et coll. « Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial » *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, 2006, p. 446-51.
12. HAGGERTY, C.L., R.B. NESS. « Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: a review of recent randomized clinical trials » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, 2007, p. 953-960.

13. SWEET, R.L., J. SCHACHTER, D.V. LANDERS, M. OHM-SMITH et M.O. ROBBIE. « Treatment of hospitalized patients with acute pelvic inflammatory disease: Comparison of cefotetan plus doxycycline and cefoxitin plus doxycycline », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 158, 1988, p. 736-741.
14. MATSUDA, S. « Clinical study of levofloxacin (LVFX) on the infectious diseases in the field of obstetrics and gynecology », *Chemotherapy*, vol. 40, 1992, p. 311-323.
15. WALKER, C.K., K.A. WORKOWSKI, A.E. WASHINGTON, D. SOPER et R.L. SWEET. « Anaerobes in pelvic inflammatory disease: Implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, suppl. 1, 1999, p. S29-S36.
16. PEIPERT, J.F., R.L. SWEET, C.K. WALKER, J. KAHN et K. REILLY-GAUVIN. « Evaluation of ofloxacin in the treatment of laparoscopically documented acute pelvic inflammatory disease (salpingitis) », *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, vol. 7, 1999, p. 138-144.
17. CUNNINGHAM, F.G., J.C. HAUTH, J.D. STRONG et coll. « Evaluation of tetracycline or penicillin and ampicillin for treatment of acute pelvic inflammatory disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 296, 1977, p. 1380-1383.
18. KORN, A.P., D.V. LANDERS, J.R. GREEN et R.L. Sweet. « Pelvic inflammatory disease in human immunodeficiency virus-infected women », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 82, 1993, p. 765-768.
19. BARBOSA, D., M. MACASAET, S. BROCKMANN, M.F. SIERRA, Z. XIA et A. DUERR. « Pelvic inflammatory disease and human immunodeficiency virus infection », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 89, 1997, p. 65-70.