



Article Original

Prise en Charge de la Pelvipéritonite en Milieu Chirurgical à Dakar : À Propos de 62 Observations

Management of pelvipéritonitis at Dakar: a retrospective study of 62 cases

Diop. B¹, Konaté I², Ba P A², Dieng M², Wane Y¹, Sarré SM¹

¹Service de chirurgie Hôpital militaire de Ouakam BP 24175 Dakar Sénégal/ UFR Sciences de la Santé Université de Thiés
²Service de Chirurgie Générale CHU Aristide Le Dantec Dakar Sénégal

Correspondance: Dr Balla Diop, Ancien interne des hôpitaux Chirurgien Hôpital militaire de Ouakam/ UFR Sciences de la Santé Université de Thiés
 Email : dballa33@yahoo.fr
 Tel : 00221338672848 fax : 00221338601833

Key-words: pelvipéritonitis, pelvic inflammatory disease, adnexes, vaginal discharge

Mots clés : pelvipéritonite, infection génitale haute, annexes, leucorrhées

Conflit d'intérêt: aucun

ABSTRACT

Objectives. To assess retrospectively the results of the management of pelvipéritonitis and to illustrate the place of medical treatment of this disease in Senegal. **Patients and methods.** During a period of 5 year, we collected 62 cases of patients suffering of pelvipéritonitis, who were treated in the surgery department of the University Teaching Hospital Le Dantec, Dakar. Pelvic inflammatory abscesses of internal genital organs and digestive origin were excluded. Diagnosis was based on lower abdominal pain, vaginal discharges, fever, lower abdominal tenderness and cervical motion tenderness and no internal genital organ suppuration on ultrasound examination. **Results.** The mean age of our patient was 27.5 year (16 to 55 years) and 72% were 35 years old or less. Two patients carried intra-uterine devices and one presented following hysterosalpingography. The average delay between the onset of the symptoms and the consultation was 11 days (range: 1 to 30 days). 77% of women had vaginal discharges and for 58%, there was lower abdominal tenderness. Douglas pouch abscess was diagnosed by ultrasound in one patient. Non-operative management was successful in 58 cases. Four patients had signs so severe that laparotomy was performed. Surgical findings were pelvic and visceral adhesions in three cases and a Douglas abscess in one case. Recurrence was noted in two cases and treatment was successful. **Conclusion.** Clinical findings (pelvic pain, fever, vaginal discharges, and lower abdominal tenderness) are sufficient for the diagnosis of pelvipéritonitis in our setting. The management is medical except when a definite collection is present.

RÉSUMÉ

Buts. Évaluer de façon rétrospective les résultats de la prise en charge des pelvipéritonites dans un service de chirurgie générale et définir la place du traitement médical.
Patients et méthodes. Durant une période de 5 ans, 62 dossiers de patientes suivies pour pelvipéritonite ont été colligés et analysés. Les collections des organes génitaux internes (abcès tubo-ovariens, endométrite, pyoovaire etc....) et celles d'origine digestive (appendicite pelvienne, sigmoïdite etc....) ont été exclus de l'étude. Le diagnostic de pelvipéritonite reposait sur l'existence de douleurs pelviennes, de leucorrhées purulentes, d'un syndrome infectieux et d'une défense strictement pelvienne, et l'absence de suppuration des organes génitaux internes à l'échographie. **Résultats.** L'âge moyen des patientes était de 27,5 ans [16-55 ans]. 72% d'entre elles avaient moins de 35 ans. Deux patientes étaient porteuses d'un dispositif intra-utérin et chez une, la pelvipéritonite compliquait une hystérosalpingographie. Le délai moyen de consultation était de 11 jours [1-30 jours]. Des leucorrhées purulentes étaient présentes chez 77% des patientes. La défense abdominale localisée sous ombilicale était présente dans 58 cas (93%). Une collection du Douglas était présente à l'échographie chez une patiente. Un traitement médical a été appliqué avec succès chez 58 patientes. Quatre patientes avaient un tableau clinique suffisamment sévère pour justifier une laparotomie exploratrice pour suspicion de péritonite. Des adhérences multiviscérales sous forme de magma adhérentiel cloisonnant le pelvis ont été notées chez trois d'entre elles et un abcès du Douglas chez une patiente. Une récurrence de pelvipéritonite à 3 et 5 mois a été notée chez et l'évolution sous traitement médical a été favorable pour les deux. **Conclusion.** Les signes cliniques (fièvre, leucorrhées purulentes et défense strictement pelvienne) sont suffisants pour poser un diagnostic de pelvipéritonite à Dakar. Le traitement médical doit être la règle en l'absence de collection abcédée.

INTRODUCTION

La pelvipéritonite réalise une inflammation du péritoine pelvien par diffusion d'une infection cervicovaginale. Les germes habituellement en cause sont *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhée* et accessoirement les aérobies et anaérobies de la flore vaginale [1]. La présentation clinique peut conduire le chirurgien à la laparotomie exploratrice dont les conséquences peuvent être dramatiques. En effet, il s'agit d'une forme évolutive des infections génitales hautes dans laquelle il existe une péritonite plastique réactionnelle à l'état inflammatoire pelvien [2]. La clé du diagnostic réside dans l'examen clinique qui permet de rassembler les arguments en faveur d'un point de départ gynécologique. Les séquelles à long terme sont la stérilité, les grossesses extra-utérines, les douleurs pelviennes chroniques, les adhérences pelviennes responsables d'occlusion sur brides. L'étude que nous avons menée, s'est proposée d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques des pelvipéritonites et de rappeler la place du traitement médical.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 62 dossiers colligés sur une période de 5 ans à la clinique chirurgicale du CHU A Le Dantec. Les patientes étaient recrutées au service des Urgences Chirurgicales où elles consultaient pour des douleurs abdominopelviennes aiguës. Le diagnostic de pelvipéritonite reposait sur l'existence de douleurs pelviennes, de leucorrhées purulentes, d'un syndrome infectieux et d'une défense strictement pelvienne. La coelioscopie n'a pas été réalisée dans notre série. Nous avons exclu de l'étude les patientes qui présentaient un pyo-ovaire, un pyosalpinx, un abcès tubo-ovarien, ou une infection pelvienne d'origine digestive (appendicite pelvienne, sigmoïdite). Nous avons aussi exclu les torsions de l'ovaire et les grossesses extra-utérines rompues.

Les patientes avaient bénéficié à l'admission d'un examen clinique complet et d'un bilan qui comprenait une numération formule sanguine, VS; un ECBU, un prélèvement vaginal, une sérologie à chlamydia et mycoplasma complétés par une échographie abdominopelvienne. Les paramètres étudiés étaient : les données démographiques, les antécédents gynécologiques, les signes cliniques et le délai entre la consultation et les premiers signes, les résultats des examens biologiques, bactériologiques et radiologiques, les modalités du traitement et l'évolution.

RÉSULTATS

L'âge des patientes variait de 16 à 55 ans, mais 45 (72%) avaient moins de 35 ans (figure 1).

Les patientes étaient nullipares dans 26 % des cas, paucipares (moins de 03 enfants) dans 67% des cas et multipares dans 7% des cas.

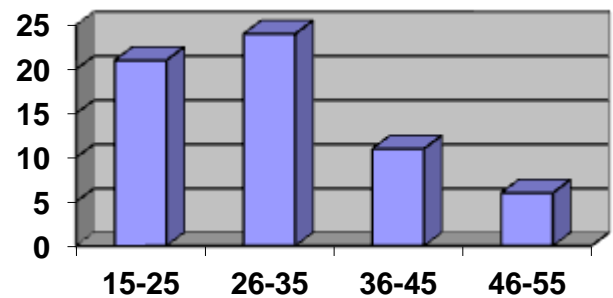


Figure 1: Répartition en fonction de la tranche d'âge

Des troubles du cycle menstruel étaient observés dans 83 % des cas. Deux patientes étaient porteuses de DIU. Une patiente a présenté une pelvipéritonite dans les suites d'une hystérosalpingographie. Le délai moyen de consultation était de 11 jours [1- 30 jours]. Le tableau I résume la symptomatologie clinique.

Tableau 1 : présentation clinique des patientes

	62	100
Douleurs pelviennes		
Hypogastriques	42	67,7
FID	7	11,3
FIG	2	3,2
Généralisées	10	16
Fièvre	48	77,4
Nausées, vomissements	38	61,3
Arrêt matière et /ou gaz	18	29
Leucorrhées	48	77,4
Troubles urinaires	19	30,6
Ballonnement abdominal	12	19,3
Défense		
Hypogastrique	39	62,9
Généralisée	4	6,4
Cri de l'ombilic	38	31,3
Cri du Douglas	36	58
Douleurs et défense de l'HCD	2	3,2

FID : fosse iliaque droite FIG : fosse iliaque gauche HCD : hypochondre droit

Un tableau aigu évoluant depuis moins de 48 heures était retrouvé chez 40 patientes soit 64,5 %. Des formes subaiguës ont été retrouvées chez 22 malades soit 35,4 %. La douleur prédominait à l'hypochondre droit et l'hypogastre chez deux patientes faisant évoquer un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Une symptomatologie bruyante associant douleurs abdominales, vomissements, défense diffuse et cri de l'ombilic était notée chez 4 patientes. Cette situation a conduit à 4 laparotomies exploratrices pour suspicion de péritonite généralisée.

Au plan biologique, un syndrome infectieux était noté chez toutes les patientes (hyperleucocytose à plus de 8000 et VS accélérée).

Au plan radiologique, une radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence des niveaux hydroaériques pelviens dans 38 cas et une grisaille dans 9 cas. L'échographie abdominopelvienne a été réalisée chez 36 patientes et les résultats sont résumés dans le tableau II.

Tableau II: résultats de l'échographie abdomino-pelvienne :

Résultats	Effectif	%
Echographie normale	8	21
Epanchement minime du Douglas	12	32
Abcès du Douglas	1	3
Dystrophie microkystique ovaire	5	13
Kyste ovaire	9	24
Hydrosalpinx	3	8
Fibrome utérin	2	5

L'examen bactériologique retrouvait une infection urinaire chez 4 patientes sur 16 dont 3 à E Coli et un à Klebsiella ; une infection cervico-vaginale dans 12 cas sur 18 dont 5 à Candida, 1 à Klebsiella, 2 à E. coli, 1 à citrobactere, 2 à Gardenela vaginalis, 1 à trichomonas. La sérologie chlamydia était négative chez 10 patientes. Au plan thérapeutique, les patientes ont toutes bénéficié d'un repos strict en milieu hospitalier, d'une antibiothérapie à large spectre comprenant les associations suivantes : Penicilline A + aminoside + métronidazole dans 60 cas ; amoxi-acide clavulanique + métronidazole dans 2 cas. Ce traitement était associé à un traitement antalgique et anti-inflammatoire par voie parentérale pendant 05 jours en moyenne et poursuivi par voie orale pendant 21 jours.

Quatre laparotomies en raison d'un tableau clinique bruyant étaient réalisées et l'exploration mettait en évidence des adhérences multiviscérales sous forme de magma adhérentiel cloisonnant le pelvis et un épanchement de petite abondance. Une adhésiolyse à minima était réalisée sans geste de résection.

L'évolution était favorable chez nos patientes. La régression de la symptomatologie était notée après 3 jours d'hospitalisation et les malades sortaient de l'hôpital au 7^{ème} jour en moyenne [4-13jours]. Deux patientes avaient présenté une récurrence de la pelvipéritonite 3mois et 5 mois après le premier épisode. Elles ont bien évolué sous traitement médical.

DISCUSSION

Le vocable infection génitale haute ou « pelvic inflammatory disease » des anglo-saxons désigne plusieurs entités anatomocliniques distinctes. Qu'il s'agisse de salpingite, d'endométrite, d'ovarite, d'abcès ovarien ou tubo-ovarien, il existe toujours une inflammation du péritoine pelvien et des lésions génitales diversement associées. Le mécanisme infectieux est habituellement identique en rapport avec une ascension bactérienne du tractus génital bas par fragilisation de la barrière cervico-vaginale. Environ 10 % des femmes

porteuses de cervicite développent une infection génitale haute [3]. La pelvipéritonite correspond ainsi, dans ce groupe pathologique, à une forme évolutive à prédominance congestive dans laquelle il existe une péritonite plastique réactionnelle à l'état inflammatoire des organes génitaux internes [2]. Les phénomènes inflammatoires peuvent, en fonction de l'intensité et de l'ancienneté, générer des adhérences viscérales simples ou former des conglomérats, plastrons, blocs adhérentiels plus ou moins complaisants. Le rôle de l'infection à chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhée a été largement rapporté dans la littérature [1, 3, 4, 5]. Ils sont retrouvés dans 65 % des cas alors que les anaérobies et autres microorganismes de la flore vaginale étaient présents dans 30 % des cas [3]. Dans notre série 72,5 % des patientes avaient moins de 35 ans. Peipert [5] l'explique par une prédisposition anatomique liée à une immaturité du col utérin et sa colonisation facile par les microorganismes. Les cycles anovulatoires fréquents chez les adolescentes et la persistance de taux élevé d'oestrogènes favoriseraient la pénétration bactérienne et leur ascension dans le haut appareil génital [3]. Les menstruations, le post partum ou post abortum constituent des périodes propices à la prolifération microbienne [2, 6, 7]. Les manœuvres endoutérines telles la pose de DIU, les explorations ou interventions endoutérines (hystérosalpingographie, insufflation utéro-tubaire, biopsie du col, hystérométrie, électrocoagulation du col) sont des facteurs de risque [2, 6, 7]. Le diagnostic de pelvipéritonite repose sur un faisceau d'arguments cliniques dans lequel la défense pelvienne, la fièvre et les signes génitaux (leucorrhées purulentes et les métrorragies) ont une forte valeur prédictive positive [8,9]. L'augmentation de la taille des ovaires et l'épaississement de la paroi tubaire à l'échographie constituent des stigmates d'infection utéro-annexielles [10]. La coelioscopie est devenue le gold standard pour le diagnostic des infections génitales hautes [11]. Elle permet la réalisation de prélèvement et éventuellement l'évacuation de collection suppurée. L'extension de l'infection à la région périhépatique ou syndrome de Fitz-Hugh-Curtis est très évocatrice d'une infection à chlamydia [10]. Les signes génitaux et l'épaississement de la capsule de Glisson à l'échographie ou à la tomodensitométrie permettent d'affirmer le diagnostic [10,12]. L'option chirurgicale, chez des femmes jeunes en activité génitale, reste hasardeuse en raison de la complexité lésionnelle et de l'intensité des adhérences pelviennes. En effet Bellier [2], dans son expérience de 28 cas de pelvipéritonites opérées, rapportait 22 cas de résections génitales et digestives. Setouani [6] rapportait 8 cas de résections génitales. Le traitement médical doit être précoce et énergique. L'antibiothérapie doit couvrir les germes comme N. gonorrhée, C. trachomatis et surtout les anaérobies de la flore vaginale. Bevan [13] rapporte une efficacité de 98,1 % pour l'association azithromycine, métronidazole et de 97,1 % pour l'azithromycine en monothérapie. Les séries récentes proposent l'association céphalosporines (3^{ème} génération), doxycycline ou fluoroquinolone, métronidazole ou ampicilline/sulbactam, doxycycline

[8,14]. Nous avons utilisé dans la série l'association pénicilline A, aminoside et métronidazole accessible à la plupart de nos patientes. L'antibiothérapie doit être poursuivie pendant 2 à 3 semaines [6,15]. Les séquelles à long terme sont en rapport avec les adhérences péritubo-ovariennes. Il s'agit d'algies pelviennes chroniques, d'occlusion sur brides, de grossesse extra-utérines et de la stérilité [11]. Les stérilités féminines d'origine tubaire représente environ 55% dont la moitié sont secondaires à une infection mal ou non traitée [6].

RÉFÉRENCES

- 1- Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease [Am Fam Physician](#). 2006; 73(5): 859-64
- 2-Bellier.L, Gaujoux.F, Diagne.A L, Veillard. JM. Pelvipéritonites chirurgicales et complexe gynécologique Africain. [Méd trop](#). 1987; 47(3) :249-263
- 3- [Gray-Swain MR, Peipert JF](#). Pelvic inflammatory disease in adolescents. [Curr Opin Obstet Gynecol](#). 2006;18(5): 503-10
- 4-Paavonem.J. Pelvic inflammatory disease: From diagnosis to Prevention. [Dermat Clinic](#). 1998; 16(4): 747-756
- 5-Peipert JF. Clinical practice. Genital chlamydial infections. [N Engl J Med](#). 2003; 349(25): 2424-30.
- 6-Setouani. A; Benyahia .S. Les pelvipéritonites: à propos de 180 cas colligés de 1982 à 1987. [Sem Hop Paris](#). 1988; 64 (34): 2253-7.
- 7- Raynal .P, Lucas. J. Pelvipéritonite et occlusion intestinale : deux complications atypiques de la conisation au bistouri froid [J Gynecol Obstet Biol Reprod \(Paris\)](#). 2003; 32(1): 43-5
- 8- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. [MMWR Recomm Rep](#) 2002; 51(RR-6): 1–78.
- 9- Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, et al; Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. [Am J Obstet Gynecol](#). 2001; 184(5): 856-63
- 10- [Horrow MM](#). Ultrasound of pelvic inflammatory disease. [Ultrasound Q](#). 2004; 20(4): 171-9.
- 11-Panel.P, Madelenat. P. Coelioscopie et salpingites: Pour qui? Quand? Comment? [Contracept, Fertil, Sex](#).1997 ; 25 (7): 576-581
- 12-[Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH](#). Fitz-Hugh–Curtis syndrome: CT findings of three cases. [Emerg Radiol](#). 2008 ; 15(1): 43-6
- 13-[Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD](#). Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. [J Int Med Res](#). 2003; 31(1): 45-54
- 14-[Haggerty CL, Ness RB](#). Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: a review of recent randomized clinical trials. [Clin Infect Dis](#). 2007; 44(7): 953-60
- 15-Quentin.R, Lansac.J. Pelvic inflammation disease : Medical traitement. [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol](#). 2000; 92(2):189-92

CONCLUSION

Le diagnostic de pelvipéritonite repose sur un faisceau d'arguments cliniques. La fièvre, les leucorrhées purulentes et la défense strictement pelvienne ont une forte valeur prédictive positive. Le traitement médical doit être la règle. Autant la péritonite aiguë généralisée constitue une urgence chirurgicale autant la péritonite pelvienne d'origine génitale en l'absence de collection contre indique la chirurgie. La prévention repose sur un traitement précoce et énergique des infections génitales basses et sur le respect des mesures d'asepsie lors des manœuvres endo-utérines.