



PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Docteur Alexia MASURE, gynécologue-obstétricien – CHU Caen

Docteur Elise FIAUX, infectiologue, CRAIb Normantibio

Webinaire réseau périnatalité 03/03/2026

PLAN

Infection génitale basse

- Vaginose
- Vulvo-vaginite
- Cervicite

Infection génitale haute

- Endométrite
- Salpingite
- Abcès pelviens

Abcès vulvaire

- Bartholinite
- Autres

Abcès mammaire

Puerpéral
Non puerpéral

INFECTION GÉNITALE BASSE

- Leucorrhées, prurit et/ou œdème vulvaire, brûlures vaginales, dysurie / pollakiurie, dyspareunies
- Asymptomatique dans 50 % des cas
- Au spéculum : inflammation des parois vaginales et du col, aspect des leucorrhées
 - Vaginose d'origine fongique (*Candida albicans*) ou bactérienne (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*...)
 - Vaginite (*Trichomonas vaginalis*)
 - Cervicite – suspicion d'IST (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*)
- Prélèvement vaginal ou auto-prélèvement, : bactériologie standard (examen direct et culture), score de Nugent, recherche spécifique par PCR ou TAAN de Chlamydia, Gonocoque et *Mycoplasma genitalium*

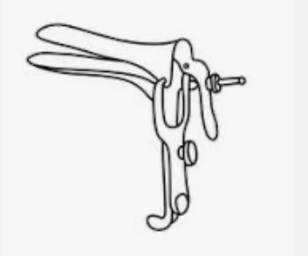


COMPLICATIONS

- IGH
- Complications obstétricales (IIU, RPM...)
- Echec d'implantation en PMA
- Hausse du taux de FCS
- Augmentation du risque d'IST (HSV,VIH)



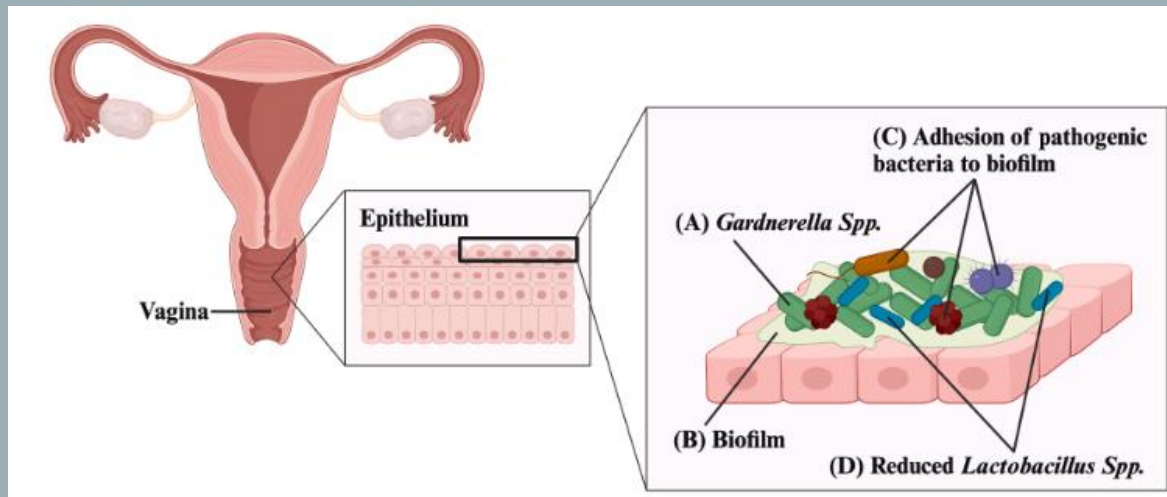
INFECTION GÉNITALE BASSE



	Agent infectieux	Symptomatologie prédominante	Aspect des leucorrhées	Traitement	Durée
	Candidose <i>Candida albicans</i>	Démangeaisons	Blanchâtres, épaisses, grumeleuses, abondantes tapissant le vagin	Econazole ovule Lp	1 à 3j
	Vaginose <i>Gardenella vaginalis</i>	Aucune	Grisâtres, fluides, peu abondantes, malodorantes « poisson pourri »	Métronidazole Secnidazole	500 mg x2 7j, 2 g DU *
	Vaginite <i>Trichomonas vaginalis</i>	Brûlures	Mousseuses, spumeuses verdâtres, nauséabondes, col framboisé inconstant	Métronidazole, Secniazole	500 mg x2 7j, 2g DU
IST	Cervicite <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Douleurs	Purulentes jaunes ou verdâtres	Ceftriaxone	1g IM
	<i>Chlamydiae trachomatis</i>			Doxycycline (ou Azithromycine)	100 mg x2 7j 1 g DU

* Chez la femme enceinte : traitement prolongé par Métronidazole
Chez la femme allaitante : préférer traitement par Secnidazole en dose unique

PROBIOTIQUES ?



Vaginose bactérienne

Importance de la dysbiose dans la vaginose bactérienne

Physiopathologie peu claire :

- défaut en *Lactobacillus*
- pathogénicité de la seule *Gardnerella vaginalis* (biofilm)
- infection polymicrobienne

Intérêt potentiel des probiotiques (*Lactobacillus*) pour reconstituer la flore

En alternative ou en association aux ATB

- Voie orale (*L. rhamnosus*, *L. acidophilus*)
- Voie locale (*L. rhamnosus*)

Déconseillés chez la femme enceinte

Autres pistes :

Transplantation de microbiote vaginal ?

Agents anti-biofilm ?

AUTRE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE

Agent infectieux	Tableau	Traitement	Durée
<i>Treponema pallidum</i>	Chancre, éruption cutanée, ...	Pénicilline G	Selon atteinte
<i>HSV (2 ou 1)</i>	Ulcération, vésicules	Valaciclovir (primo-infection)	500 mg x2 5 j
		Valaciclovir (récurrence)	2000 mg x2 1j ou 500 mg x2 3j *
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Cervicite	Si associé à une autre IST : ttt de l'IST Choix selon résistance Doxycycline 7j puis Azithromycine 1g J1 puis 500 mg/j J2 et J3	

* Même posologies pendant la grossesse

MESURES ASSOCIÉES - IST

- Dépistage et traitement des partenaires
- Rapports protégés pendant 7 jours au minimum
- Proposer le dépistage des IST systématique (penser aux autres sites : oropharyngé et anal) selon les facteurs de risques
- Contrôle de l'efficacité à S4

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

LE DÉPISTAGE CONCERNE LES PERSONNES ASYMPTOMATIQUES

On dépiste:

- ✓ VIH
- ✓ VHB
- ✓ VHC
- ✓ Syphilis
- ✓ Chlamydia
- ✓ Gonocoque

On NE dépiste PAS

- ❖ L'herpès
- ❖ Les autres pathogènes responsables d'urétrite:
 - ❖ *mycoplasme genitalium*,
 - ❖ *trichomonas vaginalis*

HPV

SYPHILIS

- Infection en augmentation (HSH)
- Dépistage systématique pendant la grossesse et en cas d'IST, après un viol
- Contamination possible même sexe oral

AE	Traitement systématique des femmes enceintes ayant eu un rapport sexuel avec un patient atteint de syphilis
AE	Partenaire ayant eu un rapport < 3 mois avant le traitement de la syphilis chez le cas index, 2 possibilités <ul style="list-style-type: none">– Traitement immédiat du partenaire– OU surveillance clinique et sérologique rapprochée : J0, S6, M3 +/- M6
AE	Partenaire ayant eu un rapport > 3 mois avant le traitement de la syphilis chez le cas index : surveillance clinique et sérologique à J0, M3 et M6
AE	Traitement des partenaires à sérologie négative = traitement de la syphilis latente précoce

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

 **ELSEVIER**

Infectious Diseases Now

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now



Guidelines

Prevention and management of syphilis in pregnant and perinatal women

 Check for updates

2. Traitement :

- Syphilis précoce : 2 doses de benzathine pénicilline (BGP) 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
- Syphilis tardive : 3 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
- Neurosyphilis : benzylpénicilline 20 MUI/jour IV pendant 14 jours

→ **Le traitement doit être institué le plus précocement possible, idéalement complet avant 16 SA**

Si intervalle > 9 j entre 2 doses pour syphilis précoce, tardive ou non datée ou si interruption > 24h pour une neurosyphilis : recommencer complètement le traitement

- *Prévention systématique de la réaction de Jarisch-Herxheimer :*
 - Paracétamol PO 1 g 2 h avant l'injection de BPG, puis 1 g/8 h pendant 72 h
 - Alternative ou si fièvre > 38°C > 2 h : prednisone 0,3 à 0,5 mg/kg/jour PO 48h
- *Pour le traitement par BGP, remplacer 0,5-1 cc de solvant par de la lidocaïne 1% non adrénalinée à visée antalgique*

DOXY-PEP

- Traitement post-exposition par DOXYCYCLINE
- 2 comprimés de 100 mg en une prise unique dans les 72 h après un rapport à risque sans dépasser 3 prises par semaine
- NON recommandée chez les femmes cis
- En attente de nouvelles études

INFECTION GÉNITALE HAUTE

- IGH = toutes les infections utéro-annexielles compliquées ou non : endométrite, salpingite, abcès tubo-ovarien, pelvi-péritonite d'origine gynécologique
- **IGH non compliquée** : prise en charge possible en externe par une triple antibiothérapie
 - > Hospitalisation en cas d'incertitude diagnostique, intensité des symptômes, échec des traitements antérieurs, impossibilité de suivi ambulatoire, immunodéficience
- **IGH compliquée** : abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite nécessitent une intervention
- Facteurs favorisants : antécédent d'IST, changement de partenaire récent ou multiplicité des partenaires sexuels, geste endo-utérin ou accouchement récent
- Cas particulier des endométrites du post-partum

INFECTION GÉNITALE HAUTE



- Critères majeurs

- Douleur pelvienne spontanée

ET

- Douleurs annexielle provoquée et/ou à la mobilisation utérine

- Critères additifs

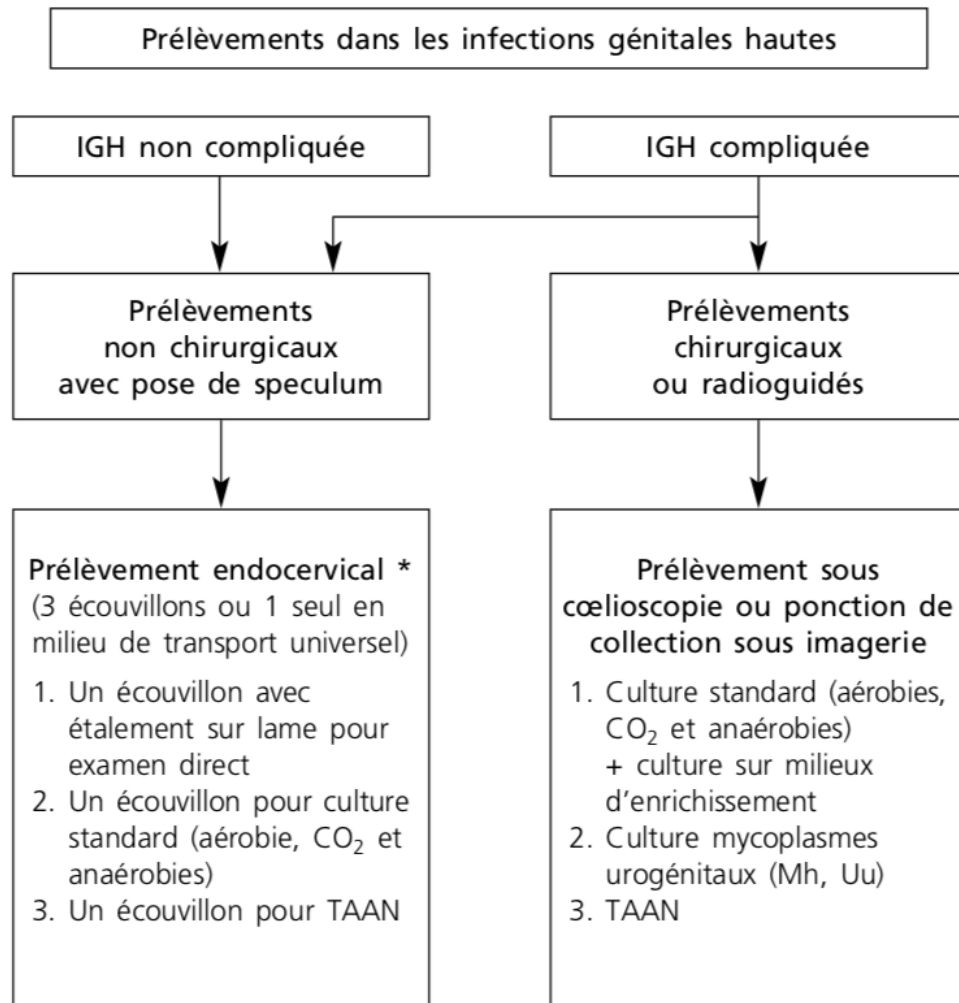
- Présence de facteur favorisants
- Fièvre
- Leucorrhées ou saignement anormaux
- Syndrome rectal (épreinte, ténésme)
- Dyspareunies

INFECTION GÉNITALE HAUTE

- Biologie : élévation de la CRP et hyperleucocytose inconstante +/- hémocultures
- Prélèvements locaux :
 - Recherche spécifique d'IST sur **prélèvement d'endocol** : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasme genitalium*
 - Recherche de germes opportunistes sur **prélèvement vaginal** : *Escherichia Coli*, streptocoques, entérocoques, bactéries anaérobies etc...
- Spécificités :
 - Recherche d'*Actinomyces* en cas d'utilisation prolongée d'un DIU (culture)
 - Prélèvement lochies dans le post-partum– attention au *Streptococcus pyogenes* (Streptocoque A)



Diagnostic microbiologique



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

* Dans les situations où la pose d'un speculum n'est pas possible, des prélèvements vaginaux seront réalisés par défaut.

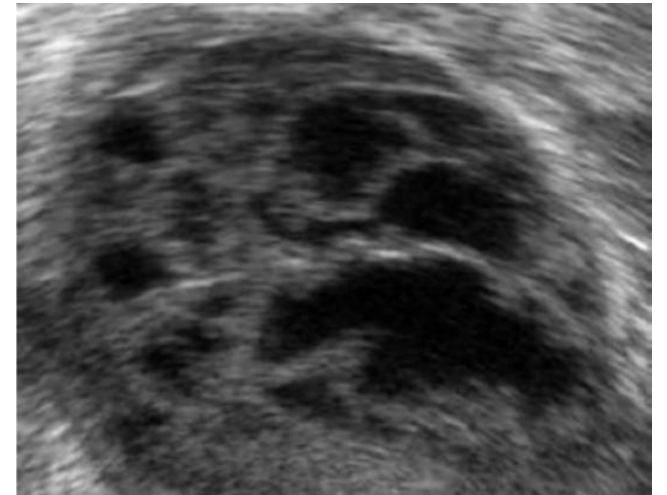
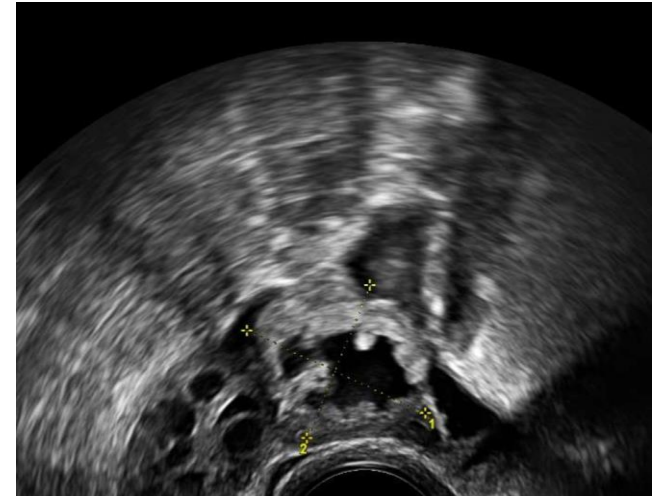
- La négativité des prélèvements n'exclut pas le diagnostic d'IGH

- La sérologie *C. trachomatis* n'a pas d'intérêt dans le diagnostic d'IGH

- Le prélèvement sans speculum n'est validé que pour le diagnostic des IST.

INFECTION GÉNITALE HAUTE

- **Echographie pelvienne :**
 - Endométrite : signes peu spécifiques - épaissement hétérogène de l'endomètre, recherche d'une image de rétention tissulaire ou liquidienne
 - Salpingite : épaissement de la paroi et des franges tubaires, hydrosalpinx/pyosalpinx, signe de roue dentée, épanchement dans le Douglas
 - Absès tubo-ovarien : masse hétérogène latéro-utérine, cloisonnée, vascularisation périphérique, épanchement intra-abdominal
- Apport de la **TDM AP injectée** en cas de doute diagnostic ou évaluation accessibilité au drainage : collection liquidienne à parois épaissies, signes de pelvi-péritonite



TRAITEMENT DE L'IGH



- Antibiothérapie probabiliste cible à la fois les agents infectieux sexuellement transmissibles, entérobactéries, streptocoques et les bactéries anaérobies :
 - Ceftriaxone 1 g IM/IV dose unique
 - + Doxycycline 100 mg x 2 / jour PO 10 j
 - + Métronidazole 500 mg x 2 / jour PO 10 j
- En ambulatoire, réévaluation clinique et échographique à 48h-72h et adaptation antibiothérapie en cas en fonction des résultats des prélèvements
- Antibiothérapie de l'endométrite du post-partum cible les bactéries anaérobies et streptocoques :
 - Augmentin IV 1 à 2 g x 3 / jour

Tableau 1

Protocoles d'antibiothérapie pour les IGH non compliquées.

	Antibiotiques	Posologie ^a	Voie	Durée ^b	Remarques
Externe 1 ^{re} intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h
	+ doxycycline	100 mg × 2/j	PO	10j	
	+ métronidazole	500 mg × 2/j	PO	10j	
Externe Alternatives	Ofloxacin	200 mg × 2/j	PO	10j	AMM pour ofloxacin à 400 mg/j, plutôt que littérature rapportant 800 mg/j
	+ métronidazole	500 mg × 2/j	PO	10j	
	± ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	Pas d'AMM pour lévofloxacin, aussi efficace qu'ofloxacin
	Lévofloxacin ^d	500 mg/j	PO	10j	
	+ métronidazole	500 mg × 2/j	PO	10j	
	± ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	
	Moxifloxacin ^e	400 mg/j	PO	10j	
+ ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois	AMM pour moxifloxacin, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître	
Hospitalisation 1 ^{re} intention	Ceftriaxone	1 g/j	IV	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h
	+ doxycycline ^f	100 mg × 2/j	IV, PO	10j	
	+ métronidazole ^f	500 mg × 2/j	IV, PO	10j	
Hospitalisation Alternatives	Doxycycline	100 mg × 2/j	IV, PO		Relais oral après 24 h d'amélioration ; céfoxitine efficace sur anaérobies
	+ céfoxitine	2 g × 4/j	IV		
	puis relais par doxycycline	100 mg × 2/j	PO	10 jours	Clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG
	+ métronidazole	500 mg × 2/j	PO	10 jours	
	Clindamycine	600 mg × 3/j	IV	≤ 3 jours	
	+ gentamicine	5 mg/kg/j	IV		
	puis relais par clindamycine	600 mg × 3/j	PO	10 jours	

IGH : infections génitales hautes.

^a Les posologies sont proposées sur la base d'un poids < 80 kg et à fonction rénale supposée normale.^b Il s'agit de la durée totale de traitement ; bien qu'il n'y ait pas d'études comparatives sur les durées d'antibiothérapie dans les IGH, une réduction de la durée à 10 jours est proposée par le groupe des recommandations de la SPILF (grade C).^c Les protocoles en externe incluant une fluoroquinolone (inactive sur plus de 40 % des NG) laissent la possibilité d'administrer la ceftriaxone d'emblée en cas de facteurs de risque d'IST ou d'ajouter secondairement la ceftriaxone en cas de détection de NG résistant aux fluoroquinolones à l'antibiogramme lorsqu'il est disponible entre le 3^e et 5^e jour. Ne pas prescrire de fluoroquinolones en cas d'administration au cours des 6 derniers mois.^d Sur des bases pharmacologiques et d'essais cliniques, la lévofloxacin à 500 mg × 1/j peut remplacer l'ofloxacin.^e L'utilisation de la moxifloxacin impose de vérifier l'EKG, l'absence de conditions pro-arythmogènes, de co-prescription de médicaments risquant d'allonger le QT, qui contre-indiqueraient le traitement.^f Excellente biodisponibilité orale du métronidazole et de la doxycycline à administrer PO dès que la situation clinique l'autorise.

ABCÈS PELVIEN



Infections Pelviennes Aspects échographiques - Cours DIU Port Royal 2025

Comprend les abcès tubo-ovariens, intra-abdominaux dans le cul de sac de Douglas souvent associé à une pelvipéritonite

➤ Indication de drainage :

- Ponction par voie transvaginale échoguidée, à privilégier en première intention
- Mise à plat par coelioscopie :
 - Signe de pelvipéritonite
 - Choc septique
 - Absence d'amélioration après 48-72h d'antibiothérapie
 - Echec de drainage
 - Exploration
 - Doute diagnostic
- Option : RI

URGENCE

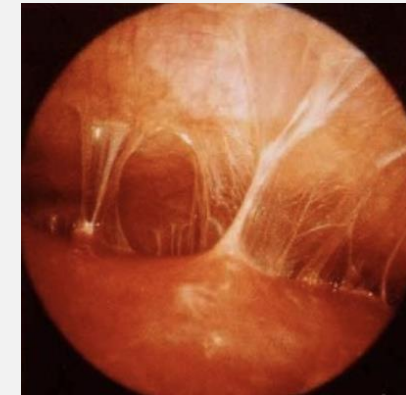
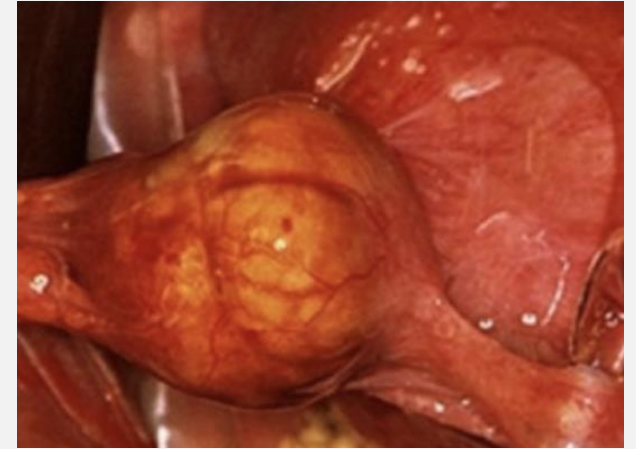
Par coelioscopie :

Stade I :
catarrhale
(aspect
hyperhémie des
trompes,
inflammation
pelvienne)

Stade II :
adhérences,
pachysalpinx^{SEP}
(parois
épaissies,
inflammation
marquée,
adhérences)

Stade III :
collections
pelviennes
(pyosalpinx,
abcès annexiels
complexes)

Syndrome de
Fitz-Hugh-
Curtis,
épanchement
purulent



ET APRÈS ?

Séquelles à long-terme :

- Infertilité tubaire
- Douleurs pelviennes chroniques
- Grossesse extra-utérine

- Risque de récurrence de 15 à 20 %
- Prélèvement vaginal de contrôle à distance uniquement pour les IST à 3 à 6 mois
- Pas d'imagerie ni de coelioscopie systématique en l'absence de symptômes, en dehors d'un contexte d'infertilité
- Antibio prophylaxie pour les hystérosalpingographies

ABCÈS VULVAIRE

- **Bartholinite**

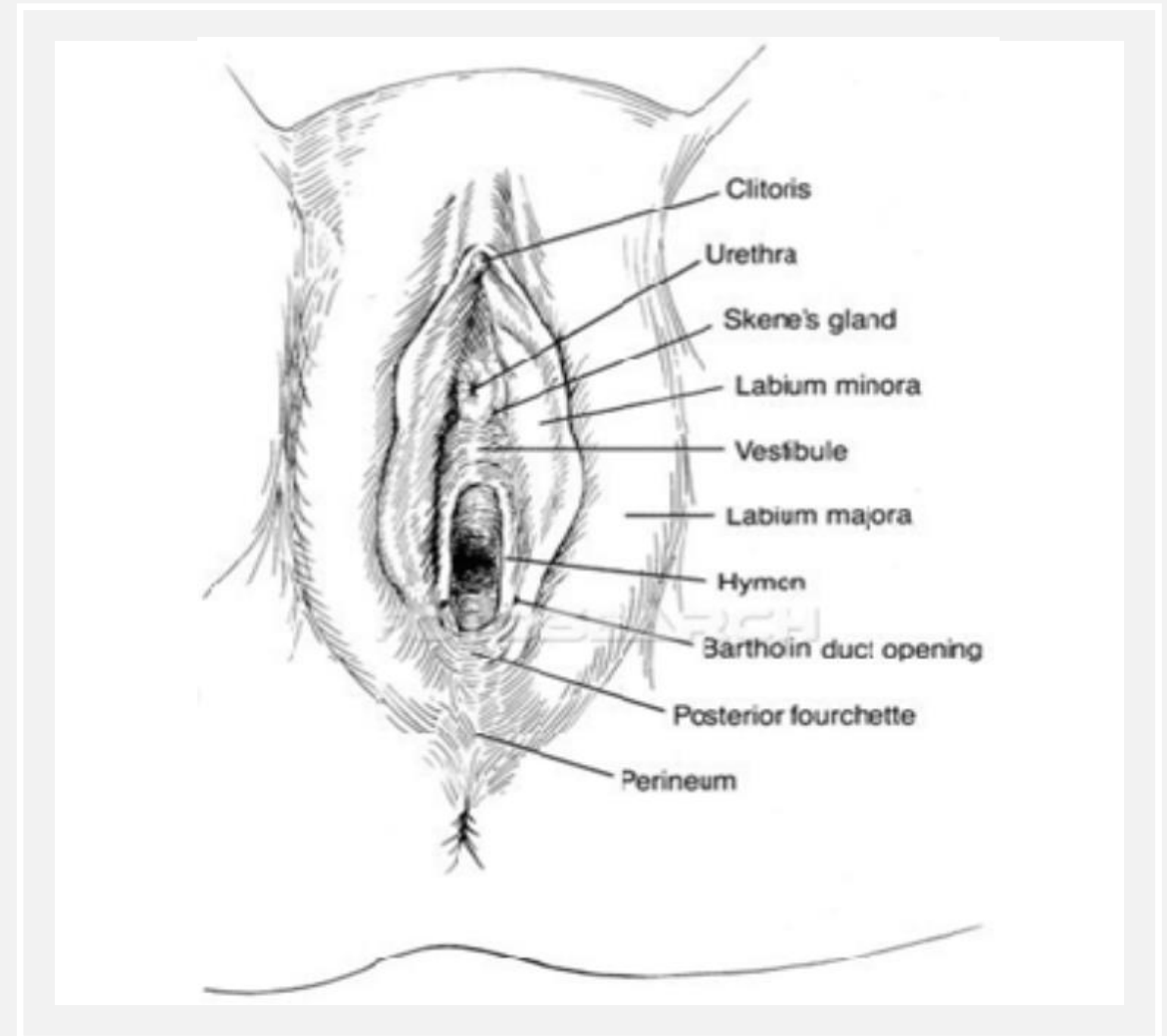
Abcès de la glande de Bartholin

- **Skenite**

Abcès de la glande de Skene

- **Folliculite et furoncle**

Localisations multiples : pubis, grandes et petites lèvres, capuchon ou gland clitoridien, commissure vulvaire postérieure, péri-anal



TRAITEMENT DE L'ABCÈS VULVAIRE

- Incision-drainage : technique recommandée en première intention par le CNGOF en 2007
- Peu d'études concernant la place de l'antibiothérapie
 - *Kessou et al (2013) et Bertholdt (2019) : traitement adapté en première intention en cas d'abcès de petite taille (< 2 cm) et insuffisamment collecté*
 - *S.A. Bora et al (2009) : plutôt indiqué en complément de la chirurgie en cas de cellulite étendue, signes systémiques, patient immunodéprimé ou diabétique*
- Hygiène avec lavage à l'eau et au savon quotidien, +/- antiseptique locaux (Dakin), éviter les frottements et macération, sevrage tabac

BARTHOLINITE

2 % des femmes présenteront au cours de leur vie un abcès ou kyste de la glande de Bartholin

Taux de récurrence de 20 % quelque soit la prise en charge

3 techniques décrites :

- Incision-drainage
- Marsupialisation
- Fistulisation : utilisation d'un cathéter de Word

Etude BARTHO-KT - T.Thubert (2025) : utilisation plus rapide et aussi efficace, économie de santé significative, mais évaluation de la douleur et la qualité de vie moins bonne la première semaine par rapport à incision drainage

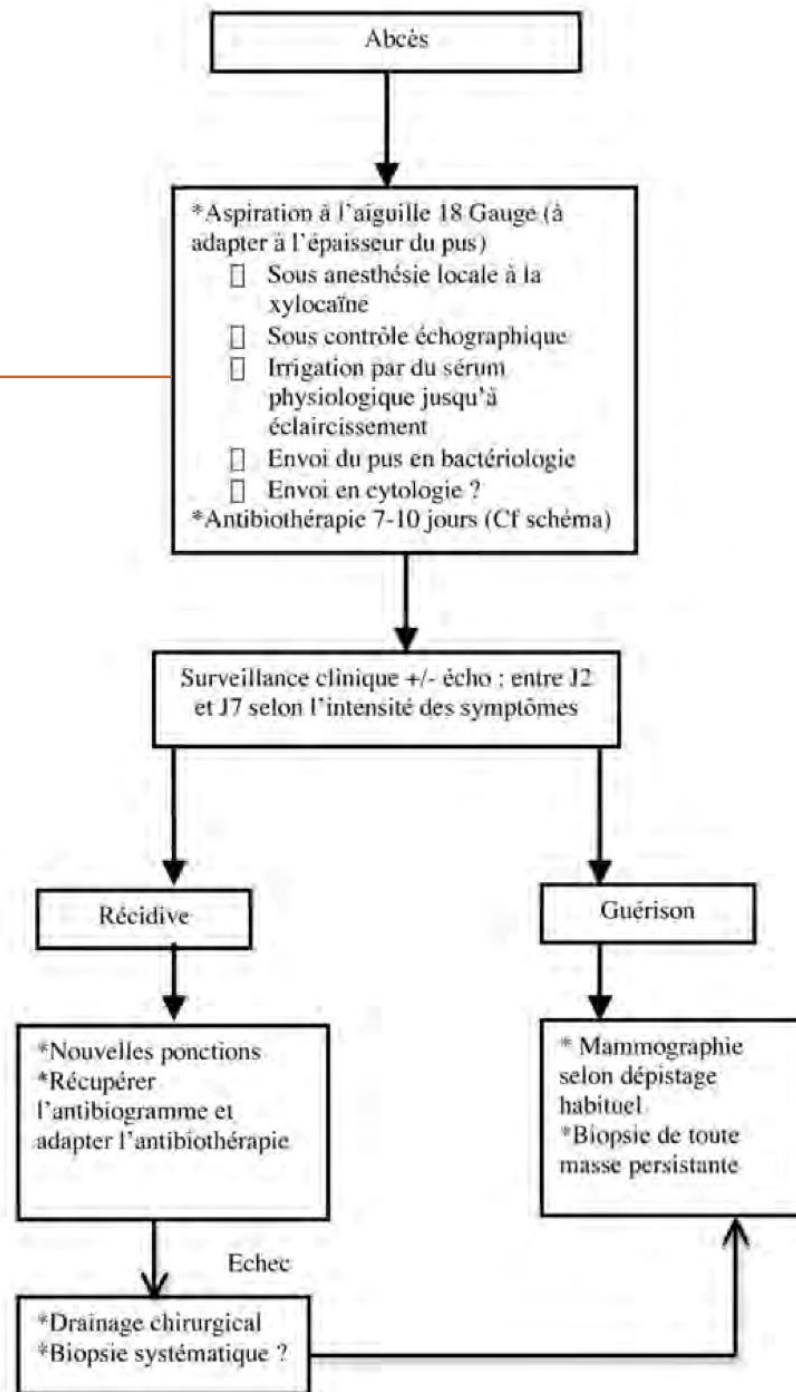


ABCÈS MAMMAIRE

- Collection purulente développée au dépend de la glande mammaire ou du tissu péri-glandulaire
- Abscesses lactants (puerpéraux) et abscesses non lactants
- *S. aureus* est le pathogène le plus souvent impliqué (90%) – SARM (45%)
- Masse douloureuse rénitente avec inflammation cutanée en regard +/- fièvre
- Echographie mammaire recommandée pour confirmer la présence d'une collection liquidienne et guider la prise en charge
- Traitement antibiotique systématique
- Éviter les AINS
- Arrêt du tabac

- Patch EMLA +/- MEOPA
- Désinfection et champage stérile
- Ponction à l'aiguille de 18 G échoguidée
- Aspiration du pus, dilution au sérum physiologique en cas d'obstruction
- Prélèvement adressé en bactériologie
- Irrigation jusqu'à éclaircissement

Alternative : cathétérisme avec lavages quotidiens jusqu'à résorption de l'abcès

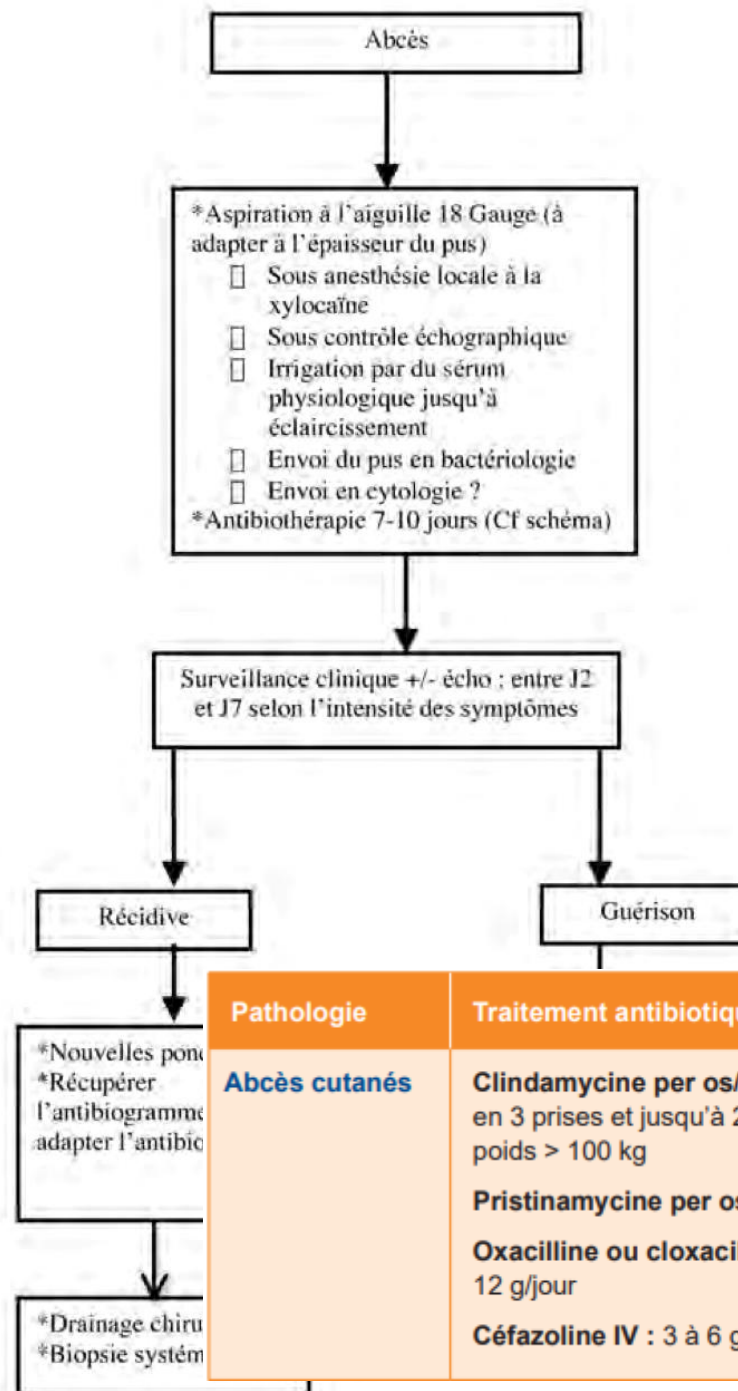


- Patch EMLA +/- MEOPA
- Désinfection et champage stérile
- Ponction à l'aiguille de 18 G échoguidée
- Aspiration du pus, dilution au sérum physiologique en cas d'obstruction
- Prélèvement adressé en bactériologie
- Irrigation jusqu'à éclaircissement

Alternative : cathétérisme avec lavages quotidiens jusqu'à résorption de l'abcès



Algorithme de prise en charge des abcès non puerpéraux
RPC CNGOF - Tumeurs bénignes du sein (2015)

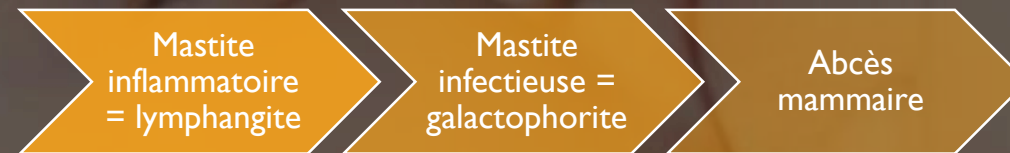


Antibiothérapie selon cette recommandation : Amoxicilline-acide clavulanique ou Pristinamycine

Analogie avec la reco HAS infections cutanées 2024 : Clindamycine
Durée courte de 5 j (max 7j)

Pathologie	Traitement antibiotique 1 ^{re} intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
Abcès cutanés	Clindamycine per os/IV : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour Oxacilline ou cloxacilline IV : 6 à 12 g/jour Céfazoline IV : 3 à 6 g/ jour	<i>Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)</i>	5 jours

ABCÈS MAMMAIRE AU COURS DE L'ALLAITEMENT



- 0,1 à 3 % des femmes allaitantes, le plus souvent dans les 6 semaines
- Privilégier les ponctions échoguidées itératives si nécessaire, permettant la poursuite de l'allaitement (favorise le drainage et accélère la guérison)
 - *Pileri et al (2022) : la ponction à l'aiguille associée à une antibiothérapie ciblée est une alternative efficace à la chirurgie, y compris pour les abcès de > 5 cm (prise en charge ambulatoire, pas de cicatrice, moins de récurrence et poursuite rapide de l'allaitement)*
- Consultation lactation pour accompagnement : vidange régulière du sein (tétés fréquentes et expression du lait) est recommandée même si le sein est douloureux, adaptation position allaitement etc...

ABCÈS MAMMAIRE



Indication chirurgicale :

- Echec de ponction (viscosité du pus, multiples logettes, majoration de taille malgré ponction itératives etc...)
 - Récidive précoce et douloureuse
 - Signe de souffrance cutanée
 - Choix de la patiente
-
- Privilégier une incision péri-aréolaire, lavage bétadiné, drainage par une lame de Delbet
 - Possibilité de réaliser des biopsies si lésion suspecte
 - Soins locaux prolongé avec irrigation jusqu'au retrait de la lame

CONCLUSION

- IST : en recrudescence
- Dépistage systématique à proposer (CEGGID)
- Abscesses : intérêt ++ du drainage
- Antibiothérapie à discuter, durée la + courte possible

SOURCES

Recommandations HAS 2025 : infections sexuellement transmissibles

Recommandations sur la prise en charge des IGH SPILF/CNGOF 2018

www.infectiologie.com

Coudray MS, Madhivanan P. Bacterial vaginosis—A brief synopsis of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* févr 2020;245:143-8.

Marnach ML, Wygant JN, Casey PM. Evaluation and Management of Vaginitis. *Mayo Clin Proc.* févr 2022;97(2):347-58.

World Health Organization. Recommendations for the treatment of trichomonas vaginalis, mycoplasma genitalium, candida albicans, bacterial vaginosis and human papillomavirus (anogenital warts). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2024. 1 p.

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2005;34(5):513.

He D, Wang T, Ren W. Global burden of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy from 1990 to 2019. *BMC Public Health.* 2 oct 2023;23(1):1894.

Brun JL, Castan B, De Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – texte court. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* mai 2019;47(5):398-403.

Bora SA, Condous G. Bartholin's, vulval and perineal abscesses. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* oct 2009;23(5):661-6.

Bertholdt C, Andre L, Germain J, Soussoko M, Morel O, Mezan De Malartic C. Place de l'antibiothérapie en première intention en cas de bartholinite aiguë : à propos d'une série de 33 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* oct 2019;47(10):713-7.

Thubert T, Pol H, Bertholdt C, Deffieux X, Fauconnier A, Charveriat A, et al. BARTHO-KT : essai randomisé multicentrique national comparant le cathéter de Word à l'incision drainage dans la prise en charge des abcès de la glande de Bartholin. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* nov 2025;53(11):642-3.

2015-RPC-SEIN-TUMEURS-BENIGNES.pdf.

Paola Pileri 1,2,* , Alessandra Sartani 3, Martina Ilaria Mazzocco 1, Sofia Giani 2 , Sara Rimoldi 4 et al. Management of Breast Abscess during Breastfeeding *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 5762.

« Mardi midi c'est infectiologie » !

Le Centre Régional en Antibiothérapie (CRAtb) Normantibio vous invite à ses webinaires mensuels.

Quand ? Le dernier mardi de chaque mois, de 13h30 à 14h (30 min)

Thème ? Actualités en infectiologie

Quel public ? Tout professionnel de santé intéressé par l'actualité en infectiologie

Lien de connexion : [>> Ici <<](#)

Replay : site internet du [CRAtb Normantibio](#), rubrique « journées régionales et webinaires »

N'hésitez pas à partager cette invitation avec vos collègues intéressés.



Normantibio
CRAtb Normandie

**Mardi midi
c'est infectiologie !**



Dernier mardi du mois



13h30 à 14h



normantibio.fr



Normantibio
CRAtb Normandie