



Rédaction : Dr Eric Farfour

Comité scientifique : Prof Jean-Marc Ayoubi¹, Prof Cécile Bébérard², Dr Brigitte Bonan¹, Dr Marie Carbonnel¹, Dr Aurélie Chan Hew Wai¹, Prof Pierre-François Ceccaldi³, Dr Antoine Faucheron¹, Dr Erwan Fourn¹, Dr Tarek Ghoneim¹, Dr Catherine Majerholc¹, Dr Hela Trabelsi¹, Mme Marie-Christine Sanhueza¹, Prof Thierry Lebret¹, Prof Marc Vasse¹, Dr Adrien Vidart¹, Dr David Zucman¹

¹ Hôpital Foch, ² CHU de Bordeaux - CNR des IST bactériennes, ³ Hôpital Beaujon

1. Agents pathogènes

Tableau 1. Caractéristiques de *Mycoplasma genitalium* et conséquences pratiques

Caractéristiques	Conséquences pratiques
<ul style="list-style-type: none">Bactérie intracellulaire facultative, adhérant aux cellulesDépourvu de paroi	<ul style="list-style-type: none">Ne cultive pas en laboratoire sur les milieux usuelsLe diagnostic est réalisé par TAAN*
	<ul style="list-style-type: none">Ne prend pas la coloration de GRAMRésistance naturelle aux antibiotiques actifs sur la paroi notamment les β-lactamines

* TAAN : test d'amplification des acides nucléiques (PCR, TMA...)

2. Pathologies et complications

- Mycoplasma genitalium* est le plus souvent responsable d'une infection asymptomatique chez l'homme et la femme.

Tableau 2. Pathologies induites par *Mycoplasma genitalium*

Infections asymptomatiques	<ul style="list-style-type: none">2% à 3% de la population généraleJusqu'à 40% chez les personnes sexuellement actives
Infections symptomatiques	<ul style="list-style-type: none">Non compliquée<ul style="list-style-type: none">♂ : urétrites♀ : cerviciteCompliquée<ul style="list-style-type: none">♂ : orchi-épididymites♀ : infections génitales hautes♂ et ♀ : localisations extra-génitales rares
Complications	<ul style="list-style-type: none"><i>M. genitalium</i> peut être détecté au niveau pharyngé sans être pathogèneRare

3. Chez qui et quand rechercher *M. genitalium*

- M. genitalium* doit être recherché en **seconde intention** chez les personnes **ayant des symptômes** :
 - D'infection génitale basse aiguë ou persistante, si la recherche de *Chlamydia* et du gonocoque est négative
 - D'infection génitale haute.
- Le **dépistage de l'infection asymptomatique n'est pas recommandé**, sauf chez un partenaire d'une personne ayant une infection symptomatique à *M. genitalium*.

4. Moyens du diagnostic

- Le diagnostic est réalisé par un **TAAN** sur un 1^{er} jet d'urine chez l'homme ou un écouvillon vaginal ou cervical chez la femme.
- En cas de résultat positif en PCR, une recherche génotypique de **résistance aux macrolides** par TAAN est recommandée afin d'orienter le traitement.

5. Sensibilité aux antibiotiques

M. genitalium est naturellement sensible aux macrolides, aux cyclines et à la moxifloxacine (seule fluoroquinolone active). Les taux de résistances acquises sont élevés :

- > 30% pour les macrolides
- > 15% pour la moxifloxacine

6. Traitement et suivi

6.a. Indications

- **Infections symptomatiques aiguës ou persistantes** en absence de co-infection (TAAN *Chlamydia trachomatis* et gonocoque négatifs)
- **Partenaires sexuels asymptomatiques positif à *M. genitalium*** d'une personne ayant une infection symptomatique à *M. genitalium*

6.b. Molécules

Tableau 3. Antibiotiques recommandés pour le traitement des infections à *Mycoplasma genitalium*

Molécule	Durée	Posologie
Azithromycine	3 jours	1 g le premier jour puis 500 mg /jour les 2 jours suivants
Moxifloxacine	7 à 14 jours	400 mg /jour
Pristinamycine	10 jours	1 g x 4 /jour
Minocycline	14 jours	100 mg x2 /jour
Doxycycline	7 à 14 jours	100 mg x2 /jour

6.c. Infections non compliquées

- Une antibiothérapie est recommandée dans les situations suivantes :
 - **Infections symptomatiques aiguës ou persistantes** en absence de co-infection (TAAN *Chlamydia trachomatis* et gonocoque négatifs)
 - **Partenaires sexuels asymptomatiques** positif à *M. genitalium* d'une personne ayant une infection symptomatique à *M. genitalium*

Tableau 4. Antibiothérapie recommandée dans les infections non compliquées à *M. genitalium* probabiliste

Résistance aux macrolides	Connue	<ul style="list-style-type: none">• Souche sensible : azithromycine → 3 jours• Souche résistante : moxifloxacine → 7 jours
	Inconnue	<ul style="list-style-type: none">• Doxycycline → 7 jours• A l'issu du traitement par doxycycline et selon résistance aux macrolides :<ul style="list-style-type: none">- Azithromycine → 3 jours- OU moxifloxacine → 7 jours

→ **Un contrôle microbiologique de guérison n'est pas recommandé** en cas de traitement bien conduit, sauf persistance des symptômes à plus de 3 semaines de la fin du traitement

6.d. Infections compliquées

- Il s'agit des **infections génitales hautes et orchiépididymites**

Tableau 5. Antibiothérapie recommandée dans les infections compliquées à *M. genitalium* probabiliste

Traitements probabilistes	<ul style="list-style-type: none">• Association : C3G + doxycycline + métronidazole• Moxifloxacine 400 mg /jour<ul style="list-style-type: none">◦ Infection génitale haute → 14 jours◦ Orchi-épididymite → 10 à 14 jours
Traitements adaptés de <i>M. genitalium</i>	

→ **Un contrôle microbiologique de guérison n'est pas recommandé** en cas de traitement bien conduit, sauf persistance des symptômes à plus de 3 semaines de la fin du traitement

6.e. En cas de suspicion d'échec thérapeutique

La conduite à tenir recommandée sera la suivante :

- Réalisation d'un nouveau prélèvement au moins 3 semaines après la fin du traitement
- Avis spécialisé dans tous les cas
- Antibiothérapie

Tableau 6. Antibiothérapie recommandée en cas en cas d'échec thérapeutique

Infections non compliquées	<ul style="list-style-type: none">• Doxycycline → 14 jours• Doxycycline → 7 jours puis pristinamycine → 10 jours• Minocycline → 14 jours
Infections compliquées	<ul style="list-style-type: none">• Avis spécialisé