

Rédaction : Dr Eric Farfour

Comité scientifique : Prof Jean-Marc Ayoubi<sup>1</sup>, Prof Cécile Bébér<sup>2</sup>, Dr Brigitte Bonan<sup>1</sup>, Dr Marie Carbonnel<sup>1</sup>, Dr Aurélie Chan Hew Wai<sup>1</sup>, Prof Pierre-François Ceccaldi<sup>3</sup>, Dr Antoine Faucheron<sup>1</sup>, Dr Erwan Fourn<sup>1</sup>, Dr Tarek Ghoneim<sup>1</sup>, Dr Catherine Majerholc<sup>1</sup>, Dr Hela Trabelsi<sup>1</sup>, Mme Marie-Christine Sanhueza<sup>1</sup>, Prof Thierry Lebre<sup>1</sup>, Prof Marc Vasse<sup>1</sup>, Dr Adrien Vidart<sup>1</sup>, Dr David Zucman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Foch, <sup>2</sup> CHU de Bordeaux - CNR des IST bactériennes, <sup>3</sup> Hôpital Beaujon

## 1. Agents pathogènes

Tableau 1. Caractéristiques de Mycoplasma genitalium et conséquences pratiques

Caractéristiques	Conséquences pratiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bactérie intracellulaire facultative, adhérent aux cellules</li> <li>Dépourvu de paroi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne cultive pas en laboratoire sur les milieux usuels</li> <li>Le diagnostic est réalisé par <b>TAAN*</b></li> <li>Ne prend pas la coloration de GRAM</li> <li>Résistance naturelle aux antibiotiques actifs sur la paroi notamment les <math>\beta</math>-lactamines</li> </ul>

\* 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"> <li>2% à 3% de la population générale</li> <li>Jusqu'à 40% chez les personnes sexuellement actives</li> </ul>
Infections symptomatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non compliquée                             <ul style="list-style-type: none"> <li>♂ : urétrites</li> <li>♀ : cervicite</li> </ul> </li> <li>Compliquée                             <ul style="list-style-type: none"> <li>♂ : orchio-épididymites</li> <li>♀ : infections génitales hautes</li> <li>♂ et ♀ : localisations extra-génitales rares</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>M. genitalium peut être détecté au niveau pharyngé sans être pathogène</li> </ul>
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rare</li> </ul>

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

→ **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 orchépididymites**

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

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

→ **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 d'échec thérapeutique

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