

BIONOTES

Mycoplasma genitalium

Alors que les infections sexuellement transmissibles ne cessent d'augmenter depuis la fin des années 1990, *Mycoplasma genitalium* découvert en 1980, est aujourd'hui reconnu comme la deuxième cause d'infections bactériennes sexuellement transmissible derrière *C. trachomatis*. Contrairement aux autres mycoplasmes urogénitaux (*M. hominis* et *U. urealyticum*), *M. genitalium* n'appartient pas au microbiote commensal des voies génitales basses.

Il est retrouvé chez 1 à 3,3% des hommes et des femmes dans la population générale, et sa fréquence augmente dans les populations à risque d'IST.



CLINIQUE

L'infection à *M. genitalium* est très souvent asymptomatique. L'apparition de symptômes semble corrélée à la charge bactérienne. Les principaux tableaux cliniques sont :

- Chez l'homme :
 - o **Urétrites aiguës ou chroniques**
- Chez la femme :
 - o **Cervicites** : seul mycoplasme responsable de cervicites
 - o **Endométrites et salpingites**
 - o **Avortements spontanés et naissances prématurées**
 - o Possible implication dans l'infertilité féminine

DIAGNOSTIC

La détection de *M. genitalium* n'est possible en routine que par des techniques de biologie moléculaire

En l'absence d'inscription de cet acte à la nomenclature des actes de biologie médicale, le remboursement est néanmoins possible si la prescription est explicite et indique clairement le nom de la bactérie :

Recherche de *Mycoplasma genitalium* ou Recherche de *M. genitalium*

L'acte de la nomenclature utilisé pour le remboursement est en effet libellé ainsi : "Recherche d'une bactérie nommément désignée"

TRAITEMENT

Ne possédant pas de paroi comme tous les mycoplasmes, *M. genitalium* résiste naturellement aux antibiotiques agissant sur la paroi bactérienne comme les bêta-lactamines, les glycopeptides et la fosfomycine. Le traitement repose sur les macrolides, fluoroquinolones et tétracyclines.

Recommandations pour le traitement d'infections à *M. genitalium*

Infection non compliquée par *M. genitalium* sensible aux macrolides :

- Azithromycine 500 mg le premier jour, puis 250 mg 1x/j pendant 4j (per os)
- Josamycine 500 mg 3x/j pendant 10j

Infection non compliquée par *M. genitalium* résistant aux macrolides :

- Moxifloxacin 400 mg 1x/j pendant 10j (oral)

Infection persistante non compliquée par *M. genitalium* : traitement de deuxième ligne :

- Moxifloxacin 400 mg 1x/j pendant 7 à 10j (oral)

Infection persistante après azithromycine et moxifloxacin : traitement de troisième ligne :

- Doxycycline 100 mg 2x/j pendant 14j (oral)
- Pristinamycine 1 g x4/j pendant 10j (oral)

Infection compliquée à *M. genitalium* (salpingites, épидидymites) :

- Moxifloxacin 400 mg 1x/j pendant 14j (oral)

Un **contrôle de guérison**, 3 semaines après le début du traitement, doit être effectué en raison de l'augmentation de la prévalence des souches résistantes aux antibiotiques. En cas d'échec thérapeutique, l'envoi des souches au CNR est recommandé pour recherche des mutations au niveau des gènes cibles des antibiotiques.

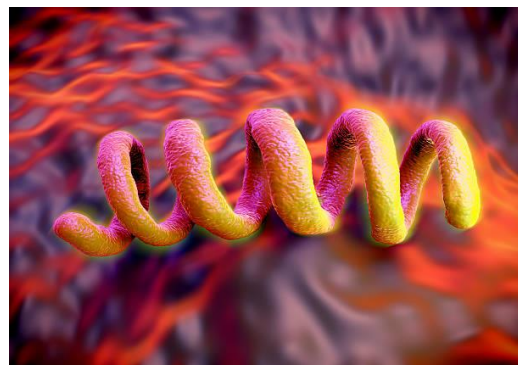
Comme pour les autres IST, l'information et le traitement des partenaires devront être réalisés.

Bilan biologique d'IST

- sérologies VIH, hépatite B, hépatite C
- sérologie syphilis
- recherches de *Chlamydia* et *Gonocoque* (1^e jet d'urines chez l'homme, autoprélèvement vaginal ou endocol chez la femme)
- *Mycoplasma genitalium* (1^e jet d'urines)

Syphilis

En recrudescence depuis les années 2000, la syphilis (causée par la bactérie *Treponema pallidum*) fait partie des infections sexuellement transmissibles les plus répandues de par le monde. A compter du 29 juin 2018, la stratégie de dépistage biologique change : le test non tréponémique (VDRL) n'est plus systématique en première intention.



TRANSMISSION

La transmission s'effectue presque exclusivement lors de rapports sexuels non protégés. Elle est également possible de la mère à l'enfant lors de la grossesse ou encore par échange de matériel injectable souillé entre toxicomanes.

CLINIQUE

Syphilis précoce (<1an)

L'incubation dure en moyenne 3 semaines.

La syphilis **primaire** est définie par la présence d'un chancre. Ce chancre est unique induré, indolore. Il peut passer inaperçu lors de localisations dans la sphère buccale, anale ou vaginale.

La syphilis **secondaire** apparaît 4 à 6 semaines après le chancre. Avec un tropisme essentiellement cutané, elle est de présentation polymorphe (roséole mimant une virose, syphilides papulo-squameuses avec lésions palmo-plantaires évocatrices, lésions des muqueuses).

Les lésions de syphilis primaire et secondaire sont contagieuses.

Syphilis tardive (>1an)

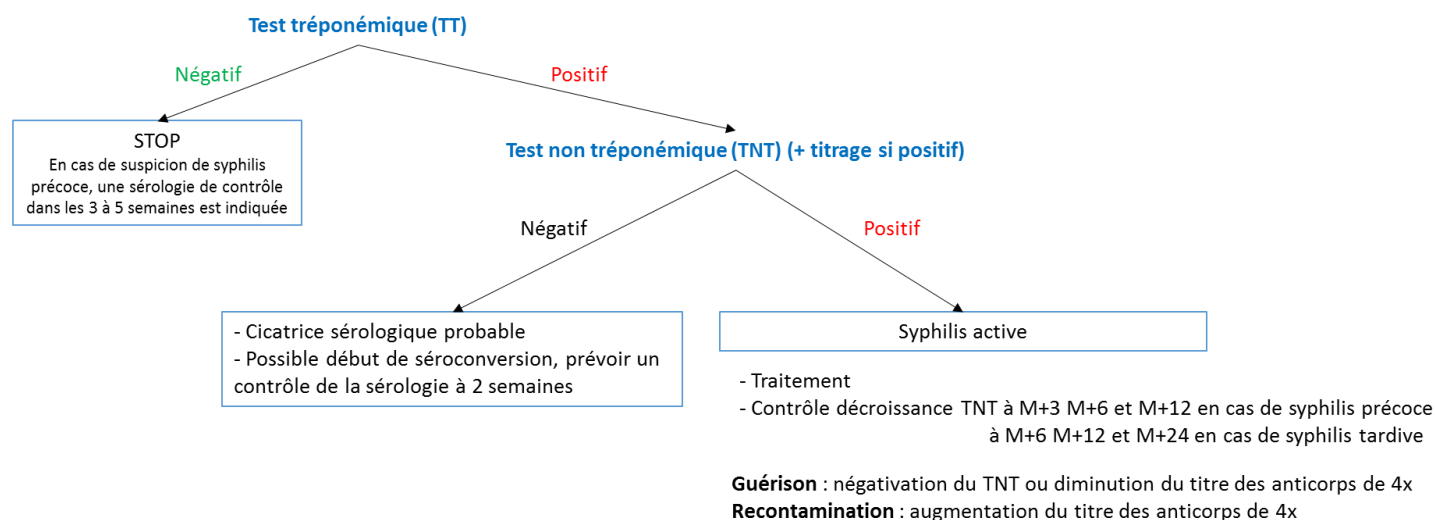
La syphilis **tertiaire** associe à des degrés divers : lésions cutanéomuqueuses (gomes syphilitiques), osseuses, hépatiques, cardiovasculaires (insuffisance aortique) et neurologiques (neurosyphilis)

Neurosyphilis (peut être présente à tous les stades de la maladie) : méningite, atteinte des paires crâniennes, formes ophtalmologiques (rétinite, uvéite).

Syphilis congénitale : contamination par voie transplacentaire surtout à partir de la 16^e SA (le dépistage est obligatoire pour toutes les femmes enceinte au cours du premier trimestre).

DIAGNOSTIQUE BIOLOGIQUE

A compter du 29 juin 2018, la stratégie de dépistage biologique change (JORF n° 0130 du 8 juin 2018, texte n°17) : seul le test tréponémique sera réalisé en première intention



Particularités :

Femmes enceinte : si TNT positif, réalisation d'un WesternBlot ou ImmunoBlot IgG et contrôle sérologique sur un 2^e prélèvement

Syphilis congénitale : recherche d'IgM chez l'enfant (si positif confirmation par WB ou IB IgM)

Les contrôles de décroissance du TNT chez les patients VIH positif et chez les femmes enceintes sont à réaliser plus fréquemment