



## *Mycoplasma genitalium*



### CARTE IDENTITÉ

*Mollicutes* (de *mollis cutis* : peau molle), dépourvu de paroi et aspect polymorphe.

Mycoplasmes urogénitaux : *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma* spp.

- *M. genitalium* : seul mycoplasme responsable d'infection sexuellement transmissible (IST).
- *M. hominis* et *Ureaplasma* spp. : commensaux du tractus urogénital bas.

### TRANSMISSION

Voie sexuelle

### EPIDÉMIOLOGIE

- Retrouvé chez 1 à 3 % de la population générale mais prévalence beaucoup plus forte dans les populations à risque d'IST.
  - Responsable de 15-25 % des urétrites non gonococciques (UNG) aiguës et chroniques. Deuxième cause d'UNG après *Chlamydia trachomatis*.
- Surveillance épidémiologique et clinique nationale (Centre National de Référence Infections Sexuellement Transmissibles).

### PRÉVENTION

Prévention des infections à *M. genitalium* identique à celle des autres agents responsables d'IST.

### MANIFESTATIONS CLINIQUES

- Dans les deux sexes, jusqu'à 70 % des infections sont asymptomatiques.
- Chez l'homme, UNG aiguës et chroniques.
- Chez la femme, seul mycoplasme responsable de cervicites. Infections génitales hautes plus rares.
- Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), l'infection rectale, très majoritairement asymptomatique, est plus fréquente que l'infection urétrale. Le rectum peut ainsi constituer un réservoir de *M. genitalium* dans cette population, réservoir de souches très souvent résistantes aux antibiotiques.

### DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

- **Circonstances du diagnostic biologique**
  - Compte tenu de la fréquence du portage asymptomatique, de l'existence d'une clairance spontanée de la bactérie et de l'augmentation de la résistance de *M. genitalium* aux antibiotiques en lien avec les traitements administrés (voir ci-dessous), *M. genitalium* ne doit être recherché que dans les situations symptomatiques d'urétrites, de cervicites et d'infections génitales hautes et chez les partenaires d'un sujet symptomatique positif à *M. genitalium*.
- **Prélèvement**
  - Premier jet d'urine chez l'homme et écouvillon vaginal chez la femme.
  - **Autres échantillons** : écouvillons urétraux, cervicaux, pharyngés, anaux, biopsie d'endomètre, brossages tubaires, liquide de Douglas.
- **Pas d'examen direct** : *M. genitalium* n'est pas colorable au Gram en raison de l'absence de paroi.
- **Culture** : pas de recherche en culture car croissance extrêmement lente et fastidieuse.
- **Diagnostic moléculaire**
  - Détection par biologie moléculaire, via techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, Transcribed-Mediated Amplification -TMA).
  - Excellente sensibilité et spécificité.
  - Existence de trousse commercialisées d'amplification d'acides nucléiques, simplex ou multiplex (recherchant concomitamment *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* +/- autres germes).
- **Diagnostic indirect** : Pas de sérologie disponible.

## TRAITEMENT

- **Méthodes d'étude**

- Antibiogramme non réalisable car bactérie très difficilement cultivable.

- **Traitement de 1<sup>ère</sup> intention : macrolides**

- Résistance recherchée par techniques de PCR en temps réel appliquées directement aux échantillons cliniques. Plusieurs kits commercialisés détectent cette résistance en même temps que *M. genitalium*.

- **Sensibilité aux antibiotiques**

- Résistance à tous les antibiotiques agissant sur la biosynthèse du peptidoglycane du fait de l'absence de paroi :  $\beta$ -lactamines, glycopeptides, fosfomycine.

- Trois familles d'antibiotiques utilisables : macrolides et apparentés, tétracyclines, fluoroquinolones.

- **Résistance acquise**

- Seul mécanisme de résistance : altérations de la cible des antibiotiques par mutation. Pas de plasmides de résistance chez les mycoplasmes.

- Tétracyclines : nombreux échecs cliniques malgré apparente activité *in vitro*.

- Macrolides : mutations dans le gène de l'ARNr 23S, cible des macrolides. Résistance en augmentation, 35-40 % des souches en France.

- Fluoroquinolones : mutations sur les gènes cibles de ces antibiotiques, 15-20 % des souches en France. Détection par techniques moléculaires d'amplification et de séquençage ou des kits commercialisés.

- **Traitement**

- **Traitement de 1<sup>ère</sup> intention des infections génitales basses à *M. genitalium* : azithromycine.**

- **Traitement de 2<sup>ème</sup> intention cas d'échec ou de résistance aux macrolides : fluoroquinolone (moxifloxacinine)** (moxifloxacinine). La moxifloxacinine est recommandée d'emblée dans les endométrites et les salpingites à *M. genitalium*.

- Il est recommandé de rechercher des mutations de résistance aux macrolides lorsque *M. genitalium* est détecté dans un prélèvement urogénital, pour guider le traitement à administrer, macrolides si souche sensible, moxifloxacinine si souche résistante.

Auteure Sabine Pereyre

Relectrice Cécile Bébéar

Légende Rang A Rang B Rang C

Cette fiche a été rédigée par les enseignants de bactériologie-virologie-hygiène des facultés de médecine de France

Elle est la propriété du groupe AZAY de la Société Française de Microbiologie (SFM)

Toute reproduction ou utilisation hors contexte d'enseignement académique est interdite