



Symptomatologie²

populations à risque d'IST⁶.

 Chez l'homme UNG: 15-20 % · Chez la femme

Clinique

Cervicite: 10-30 %, endométrite et salpingite: 2-20%

M. genitalium fait partie, avec Mycoplasma hominis

et Ureaplasma spp., des espèces de mycoplasmes

un agent d'infections sexuellement transmissibles.

Chez les hommes, il est responsable de 10 à 35%

chroniques et arrive en deuxième position après

des urétrites non gonococciques (UNG), aigües ou

est le seul mycoplasme responsable de cervicites. Il

est aussi responsable d'endométrites, de salpingites,

d'avortements spontanés, de naissances prématurées

et pourrait être associé à l'infertilité féminine7. En outre,

Cependant l'infection est très souvent asymptomatique⁴.

est estimée entre 1 et 3%, ce qui place cette infection au

La prévalence dans la population générale en France

Mais sa prévalence peut monter jusqu'à 38% dans les

2ème ou 3ème rang des IST, selon la région.

il est responsable, chez les hommes d'épididymite5.

Chlamydiae trachomatis3. Chez les femmes, M. genitalium

humains génitaux potentiellement pathogènes. C'est



Info dépistage

SYNLAB Barla

Laboratoire de biologie médicale multi-sites www.labo-barla.eu

Docteur,

Le réseau SYNLAB a le plaisir de vous informer sur l'importance du dépistage de Mycoplasma genitalium.

La responsabilité de M. genitalium dans les urétrites et les cervicites n'est plus à démontrer. Cependant sa recherche n'est pas assez souvent incluse dans le bilan d'IST, malgré l'avis favorable en 2018 de la HAS1. Le réseau des laboratoires SYNLAB réalise un diagnostic complet des IST incluant son dépistage par PCR.



Populations à risque²

- · Symptômes chez le partenaire sexuel régulier.
- Personnes à haut risque d'IST (<40 ans, >3 nouveaux contacts sexuels /an).
- · Contact sexuel avec des personnes ayant une IST ou infectées par M. genitalium.
- · Avant une IVG ou autres interventions touchant la barrière cervicale.
- Dépistage régulier des HSH avec écouvillonnage anal.



Technique utilisée

Technique par amplification des acides nucléiques (TAAN), qui présente un taux de détection performant (sensibilité entre 96 et 100%)1.



Simplicité du prélèvement

Il se réalise sur le même échantillon utilisé pour la recherche de C. trachomatis / Neisseria gonorrhoeae.

- · femmes : prélèvement vaginal ou endocervical.
- · hommes et femmes : premier jet d'urine.

HAS

Recommandations HAS¹

- · Dépistage opportuniste systématique : en octobre 2018, la HAS reconnait, dans le cadre du dépistage systématique de C. trachomatis chez la femme de 15 à 25 ans active sexuellement et toutes les femmes enceintes, tout l'intérêt de la détection par la technique simultanée TAAN de N. gonorrhoeae et M. genitalium.
- Dépistage ciblé : pour les populations à risque (cf recto).



Recommandations BASHH⁵

De nombreuses questions persistent sur l'infection génitale à M. genitalium. En particulier, celle de la possibilité de porteurs sains. La majorité des patients infectés par ce mycoplasme ne développant pas de symptômes, se pose la question de la persistance chronique du microorganisme chez ces patients, à une concentration insuffisante pour déclencher des symptômes mais suffisante pour contaminer un partenaire sain. Cependant, les experts de la BASHH (British Association of Sexuel Health and HIV) ne recommandent pas son dépistage systématique.



Recommandations GRIDIST-SFD⁹

Afin de freiner la sélection de nouvelles souches bactériennes résistantes, le Centre national de référence des IST bactériennes et le Groupe infectiologie dermatologique et IST (GRIDIST) de la Société française de dermatologie et vénérologie (SFD) préconisent les mesures urgentes suivantes:

- ne pas rechercher systématiquement M. genitalium parallèlement aux autres agents responsables d'IST dans le cadre du dépistage de patients asymptomatiques
- si un patient asymptomatique est néanmoins dépisté positif à M. genitalium, s'assurer d'abord que la personne dépistée et son partenaire sont bien exempts de tout symptôme et si cette condition est réalisée, ne pas traiter et ne pas tester le partenaire,
- · Réserver la recherche aux situations symptomatiques : urétrite, cervicite, infection génitale haute, anorectite.

Prestation de conseil

Dr Marie MARI, biologiste médicale experte en biologie moléculaire au sein du laboratoire SYNLAB Barla est à votre disposition pour vous délivrer toute information complémentaire sur le test Mycoplasma genitalium par PCR.

> Dr Marie MARI mail: marie.mari@labo-barla.eu

Références bibliographiques

- 1. Synthèse de la réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/ application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_ depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf
- CNR des IST bactériennes, Dépistage des IST : Quels nouveaux outils? Quelles recommandations ? Cécile Bébéar http://www.infectiologie.com/ UserFiles/File/reunion/2018-prep-ist/2018-prep-ist-bebear2.pdf
- 3. Manhart LE, Broad JM, Golden MR. 2011. Mycoplasma genitalium: should we treat and how? Clin Infect Dis 53 Suppl 3:S129-142.
- Pereyre S, Laurier Nadalie C, Bébéar C, Investigator g. 2016. Mycoplasma genitalium and Trichomonas vaginalis in France: a point prevalence study in people screened for sexually transmitted diseases. Clin Microbiol Infect 23:122.e1-122.e7.
- 5. Infection à Mycoplasma genitalium : nouvelles recommandations face à une antibiorésistance croissante, juillet 2018, Vidal - https://www.vidal. fr/actualites/22803/infection_a_mycoplasma_genitalium_nouvelles_ recommandations_face_a_une_antibioresistance_croissante/
- Centre de Référence http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux.fr/?page_id=106 Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. 2015. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis 61:418-426. 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium.
- infections J.S. Jensen,1,* M. Cusini,2 M. Gomberg,3 H. Moi4,†
- 9 Communiqué commun GRIDIST et SFD décembre 2018 : infections sexuellement transmissibles : augmentation importante de la résistance du mycoplasme aux antibiotiques (macrolides), http://www.sfdermato.org/ actualites/communique-commun-gridist-et-sfd.html.

Matériel de prélèvement et de conservation spécifique



Pour recherche sur 1er jet urine kit Urine Sample Cobas PCR



Pour recherche sur prélèvement vaginal, urétral, anal : kit Swab Sample Pocket Cobas PCR

Traitement probabiliste recommandé⁸

2016 european guidelines on M. genitalium infections

Traitement	ATB (1ère intention)	Durée du traitement en jour	Prise
En première intention	Azithromycine per os* Josamycine iv	5 jours 10 jours	500 mg le premier jour, puis 250 mg les quatre jours suivants 500 mg 3 fois / jour
En cas d'échec thérapeutique	Moxifloxacine per os	7 à 10 jours	400 mg / jour
En troisième ligne	Doxycycline per os Pristinamycine per os	14 jours 10 jours	100 mg 2 fois / jour 1 g 4 fois / jour (8 comprimés de 500 mg / jour)

* Il existe un traitement par azithromycine à dose unique de 1g mais avec un risque d'échec thérapeutique plus important et un risque plus élevé de sélection de résistance.

Le risque de voir apparaître des souches de M. genitalium multi-résistantes, pour lesquelles aucun traitement antibiotique ne sera plus efficace existe bel et bien⁶. La culture du M. genitalium n'étant pas réalisable, il n'est pas possible de rendre un antibiogramme. Cependant il existe des kits PCR qui détectent les mutations associées à la résistance aux macrolides (azithromycine).

De son côté le GRIDIST-SFD préconise⁹:

- d'associer à la recherche de M. genitalium, dans la mesure du possible, sa sensibilité aux macrolides (azithromycine) afin de guider le traitement en cas de positivité,
- de privilégier la doxycycline (200 mg/j 7 jours) à l'azithromycine dans le traitement présomptif des symptômes d'urétrite, de cervicite, d'infection génitale haute et d'anorectite,
- de faire systématiquement un contrôle de guérison 4 à 5 semaines après le début du traitement.

