

5 - MYCOPLASMES GÉNITAUX

**I. Alcaraz, N. Dupin, M. Janier, C. Derancourt,
B. Milpied, A. Bertolotti et la Section MST de la SFD**

Les mycoplasmes sont les plus petites bactéries capables de multiplication autonome. Elles ne possèdent pas de paroi. Elles sont fréquemment présentes à l'état commensal chez l'homme dans les voies génitales et l'oropharynx. Elles adhèrent aux cellules épithéliales avec un tropisme particulier pour les muqueuses. Dotées d'un faible matériel génétique elles sont très dépendantes de l'apport en nutriments de leur hôte. Certaines seulement ont un pouvoir pathogène confirmé chez le sujet immunocompétent. De manière générale, de nombreuses incertitudes persistent sur l'appréciation de leur pathogénicité. Trois ont un pouvoir pathogène pour l'appareil génital: *M. genitalium*, *M. hominis* et *Ureaplasma spp* (*U. urealyticum* et *U. parvum*). *Ureaplasma spp* et *M. hominis* appartiennent cependant à la flore commensale des voies génitales basses et leur rôle pathogène est controversé.

Clinique

Infections génitales masculines

Urétrites non gonococciques (UNG)

M. genitalium arrive en seconde position après *C. trachomatis* dans les étiologies des UNG aiguës. Il représente 15 à 35 % des UNG, voire davantage dans certaines séries. La recherche de *M. genitalium* n'est pas de pratique courante en France et doit être réservée aux urétrites persistantes et/ou récurrentes. La présence d'un écoulement est signalée dans plus de 60 % des cas et les porteurs asymptomatiques sont rares.

M. genitalium est l'agent d'urétrites aiguës. Il est aussi responsable de formes persistantes ou récidivantes se manifestant après traitement d'une urérite aiguë. Le rôle d'*U. urealyticum* n'a pas été prouvé dans les UNG aiguës. Il pourrait être impliqué (rarement) dans les formes chroniques persistantes après traitement. La symptomatologie est discrète en général.

En pratique :

- en cas d'urérite aiguë, il est utile de rechercher *M. genitalium* en 2^{ème} intention en cas d'échec à un premier traitement.
- en cas d'urérite chronique ou récidivante, la recherche de *M. genitalium* est recommandée.

Prostatites et épидidymites

Le rôle des mycoplasmes est peu probable.

Infections gynécologiques

M. hominis et *U. spp* sont des commensaux des voies génitales féminines.

Vaginoses

Bien que *M. hominis* soit fréquemment associé aux vaginoses bactériennes où il est retrouvé en grande quantité chez deux tiers des femmes porteuses de vaginose contre moins de 10 % chez les femmes indemnes, son rôle pathogène reste controversé et il n'est pas recommandé de le rechercher systématiquement.

Cervicites

M. hominis et *Ureaplasma urealyticum* ne donnent pas de cervicite. Le rôle de *M. genitalium* est possible mais controversé.

Endométrites et salpingites

M. hominis est retrouvé dans 10 % des prélèvements d'endomètre de patientes atteintes de salpingite, en association avec d'autres germes. La responsabilité de *M. genitalium* est possible dans certains cas d'endométrite ou de salpingite. Son rôle dans certaines stérilités tubaires est évoqué.

Diagnostic

Ureaplasma spp* et *M. hominis

Leur non pathogénicité chez la femme et leur responsabilité discutée chez l'homme incitent à recommander de ne pas rechercher ces mycoplasmes en routine.

Mycoplasma genitalium

Seule la PCR est utilisable pour *M. genitalium* dont la culture est quasi impossible. Des PCR spécifiques et multiplex sont désormais commercialisées.

Traitement

Pour *M. genitalium*, le traitement recommandé est l'azithromycine en raison des échecs cliniques avec les cyclines. Plutôt que 1 g en dose unique, il semble que le schéma : 500 mg le premier jour puis 250 mg par jour les 4 jours suivant soit plus efficace sur *M. genitalium* dont le cycle de croissance est très lent. En 2^{ème} intention, on

peut choisir la josamycine 1 gr x 2 fois par jour pendant 14 jours. Le traitement par moxifloxacine 400 mg/j -10 à 14 jours est réservé aux UNG confirmées à *M. genitalium* qui persistent après azithromycine 5 jours, en tenant compte des effets secondaires sévères potentiels de la moxifloxacine.

RÉFÉRENCES :

1. Janier M, Lassau F, Casin I, Grillot P, Scieux C, Zavarro A et al. Male urethritis with and without discharge : a clinical and microbiological study. *Sex Transm Dis.* 1995; 22 : 244-52.
2. Dupin N, Bijaoui G, Schwarzingler M, Ernault P, Gerhardt P, Jdid R et al. Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. *Clin Infect Dis.* 2003; 37 : 602-5.
3. Casin I, Vexiau-Robert D, de La Salmonière P, Eche A, Grandry B, Janier M. High prevalence of *Mycoplasma genitalium* in the lower genitourinary tract of women attending a sexually transmitted disease clinic in Paris, France. *Sex Transm Dis.* 2002; 29 : 353-9.
4. Unemo M, Endre KM, Moi H. Five-day azithromycin treatment regimen for *Mycoplasma genitalium* infection also effectively eradicates *Chlamydia trachomatis*. *Acta Dermatol Venereol.* 2015 ; 95 : 730-2
5. Taylor-Robinson D, Jensen JS. *Mycoplasma genitalium*: from chrysalis to multicolored butterfly. *Clin Microbiol Rev.* 2011; 24 : 498–514.