

MYCOPLASMA GENITALIUM

Info du mois 04.16 P. Foucart

Mycoplasma genitalium (MG) est une bactérie faisant partie des firmicutes, classe des mollicutes. Une de ses particularités est son génome, l'un des plus petits connus, le premier à avoir été séquencé ; la bactérie est de très petite taille, dépourvue de paroi rigide. Une autre de ses particularités est d'adhérer aux cellules épithéliales du tractus uro-génital humain, où elle est ensuite rapidement internalisée.

Pouvoir pathogène

La science suit souvent l'évolution des techniques ; MG est maintenant considérée comme à l'origine d'une MST émergente : inconnue il y a 20 ans, car elle est très difficilement cultivable, elle peut facilement être détectée aujourd'hui par une technique PCR en routine.

A la différence de *M. hominis* et *M. urealyticum*, plutôt considérés comme commensaux, MG apparaît comme nettement pathogène. La pathologie induite semble remarquablement analogue à celle de *Chlamydia trachomatis* (CT)

Chez la femme, à l'infection vaginale ou à l'urétrite, succèdent : cervicites, endométrites, salpingites, avec pour conséquences fausses couches, stérilité tubulaire, et ultérieurement encore PID, arthrites ... L'infection peut aussi être asymptomatique.

Chez l'homme, aux urétrites aiguës et chroniques, succèdent épididymites, prostatites, réduction de la fertilité.

Les prévalences citées dans la littérature varient de 1 et 4% (population générale) à 40% (groupes à risque) ; dans notre labo on observe 2.5% sur 2500 tests (plannings)

En pratique au labo

Qui tester ?

Les patients asymptomatiques, mais à comportement sexuel à risque.

Les urétrites d'origine inconnue, les prostatites ...

Les partenaires d'un patient infecté

Il semblerait logique d'associer systématiquement cette recherche à celle de CT

MG est détecté dans notre laboratoire par PCR de routine (en même temps que CT, gono, trichomonas) ; comme cet examen n'est pas prévu dans la nomenclature, quoi que d'un intérêt médical certain, il est effectué gratuitement si une PCR est demandée pour CT et/ou gono. Le site de prélèvement peut être l'urine, le vagin, le rectum, la gorge ...

Traitement

MG présente une rapide capacité à développer une résistance aux anti-microbiens.

L'azithromycine en dose unique (1.5g) n'est plus recommandable (jusqu'à 40% d'échecs) ; 500 mg le premier jour suivis de 250/j pendant 5 jours semblent plus indiqués ; les quinolones de première génération doivent être abandonnées, mais la moxifloxacine 400 mg/j pendant 10j donne d'excellents résultats en cas d'échec aux macrolides ; la doxycycline 100mg à raison de 2x/j sur 14j ne fait pas consensus ; il en est de même pour la pristinamycine, 1g 4x/j pendant 10j. En tous cas, un contrôle est recommandé après 3 à 4 semaines. On se souviendra qu'un traitement en échec est souvent imputable au(x) partenaire(s).