

# Infections gynécologiques et IST

## Approche diagnostique raisonnée et place du traitement

Le 26.03.2026, Maison de l'Infectiologie Paris 10e  
Séminaire du bon usage des outils diagnostiques en microbiologie



Pr Asmaa Tazi  
APHP. Centre – Hôpital Cochin  
Service de Bactériologie - CNR des streptocoques

Dre Chemsal Le Cœur  
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales,  
CHRU de Tours



Institut Cochin



Inserm



# Objectifs

- Bon usage du PV
- Identification des germes pertinents et indication de l'antibiogramme
- Traitement des IST fréquentes
- Indications et modalités de traitement de *Mycoplasma genitalium*
- Interprétation de la sérologie syphilis

# Programme

## I. Cadre nosologique des infections gynécologiques et des IST

- A. Ecosystème vaginal
- B. Vaginose/ Vaginite/ Candidose
- C. IST et IGH

## II. Diagnostic microbiologique

- A. Méthodes directes
- B. Méthodes indirectes

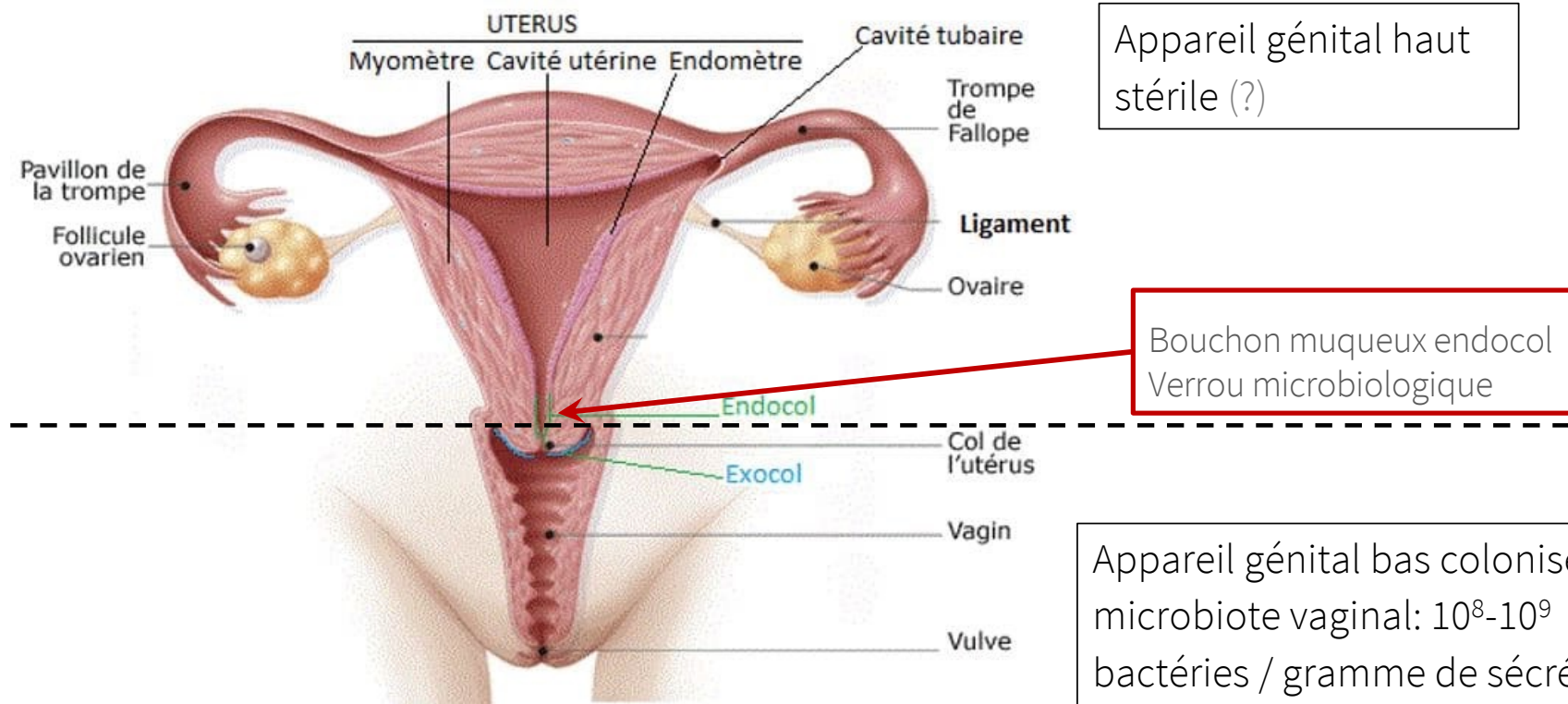
# I. Cadre nosologique des infections gynécologiques et des IST

A. Écosystème vaginal

B. Vaginose/ Vaginite/ Candidose

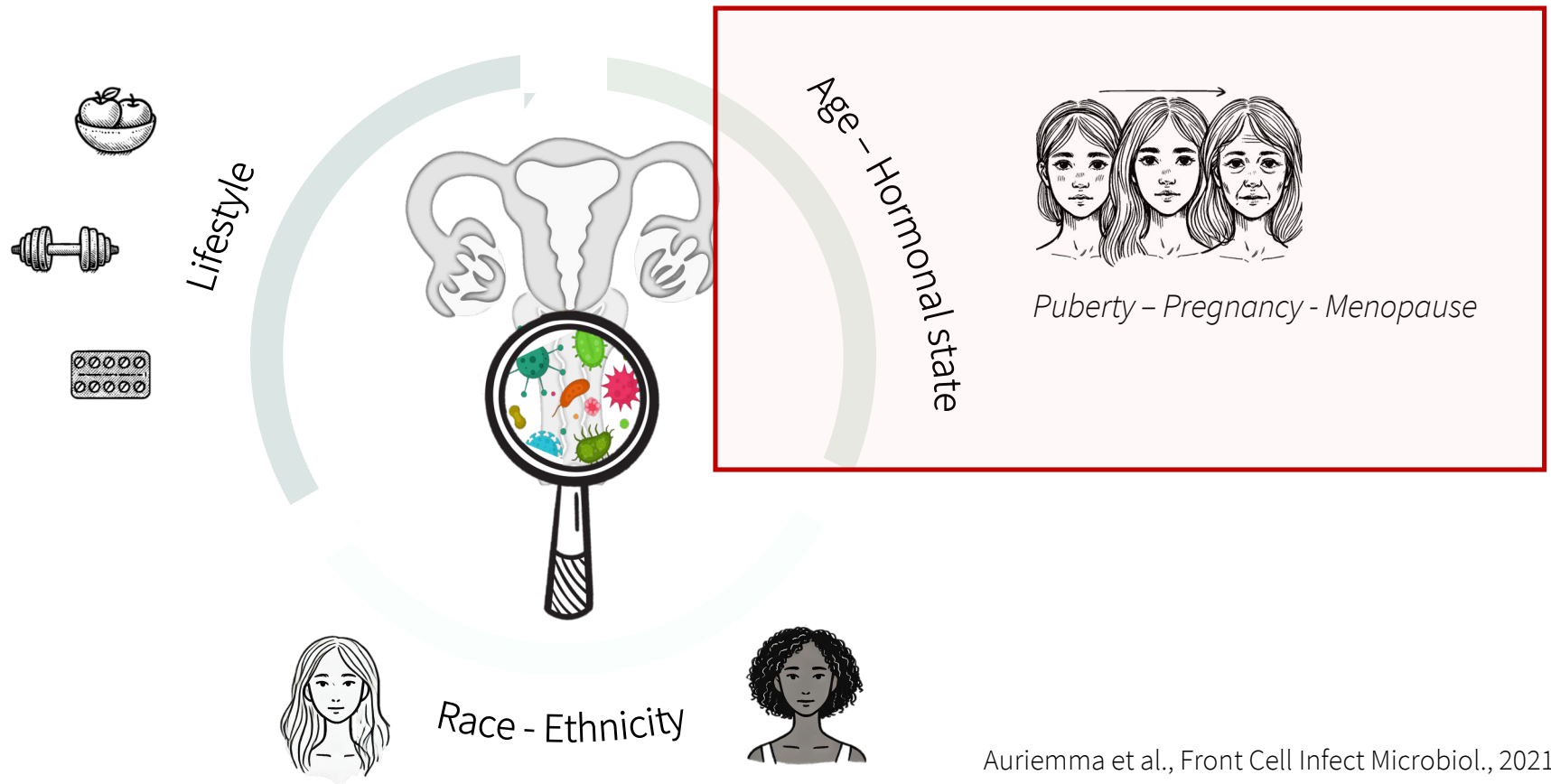
C. IST et IGH

# A. Ecosystème vaginal



*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium* peuvent franchir la barrière cervicale

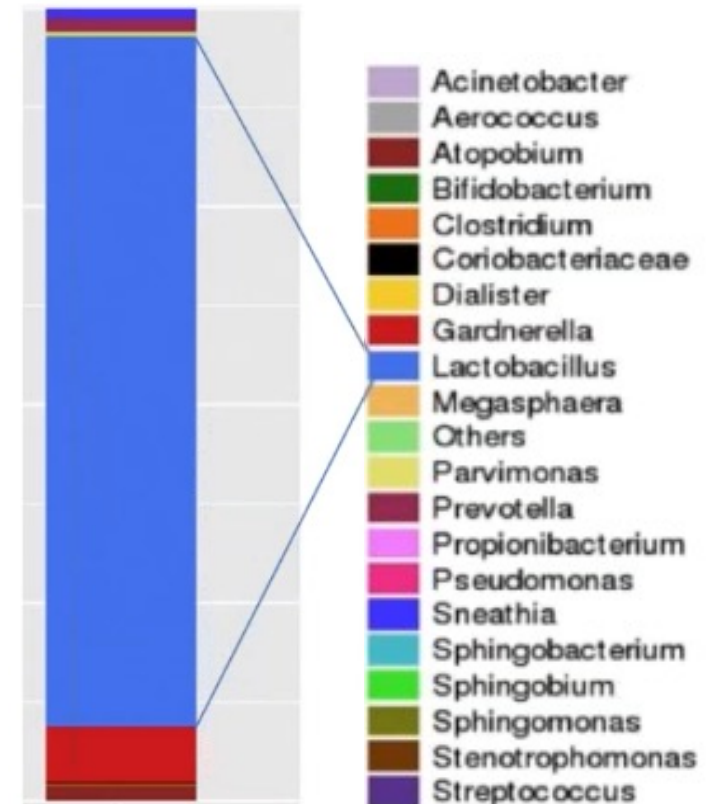
# Microbiote vaginale : une communauté dynamique



Auriemma et al., Front Cell Infect Microbiol., 2021  
Ravel et al., PNAS, 2011  
Song et al., mSphere, 2020

# Microbiote vaginal des femmes en âge reproductif

- **Espèces dominantes: 80-90% du microbiote**
  - Lactobacilles +++ (flore de Döderlein) : 1 à 4 espèces / femme
  - Bifidobactéries
- **Espèces sous-dominantes**
  - Aérobie-anaérobies facultatives : entérobactéries, streptocoques, staphylocoques, corynébactéries, etc.
  - Anaérobies strictes: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp.
  - Levures: *Candida* spp.
- **Bactéries rares (flore oropharyngée):** < 10<sup>4</sup> bactéries / gramme
  - < 2% des femmes
  - *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, etc.



## B. Pathogénèse des infections génitales basses

---

- **Vaginite et vulvo-vaginite**

- Irritations, démangeaisons; leucorrhées d'aspect variable, parfois purulentes
- **Réaction inflammatoire:** nombreux polynucléaires neutrophiles
- **Vulvo-vaginite à *Trichomonas vaginalis*** (1<sup>ère</sup> IST dans le monde, sous-diagnostiquée)
- **Vaginite bactérienne** (pré-puberté et post-ménopause +++)  
**Prolifération mono-microbienne** de bactéries aérobies, diminution des lactobacilles

- **Candidose**

- Brûlures, irritations, démangeaisons ; Leucorrhées blanches, « lait caillé »
- **Absence de réaction inflammatoire**
- **Prolifération de levures** (*Candida albicans* +++), +/- diminution des lactobacilles

- **Vaginose**

- Leucorrhées grisâtres malodorantes
- **Absence de réaction inflammatoire**
- **Déséquilibre du microbiote** : disparition des lactobacilles, prolifération de bactéries anaérobies (*G. vaginalis*, *Fannyhessae vaginalis*, *Mobiluncus* spp.)

# C. IGH/ IST – Epidémiologie

IST : augmentation de leur prévalence en France et dans le Monde



Figure 3 - Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à gonocoque en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024

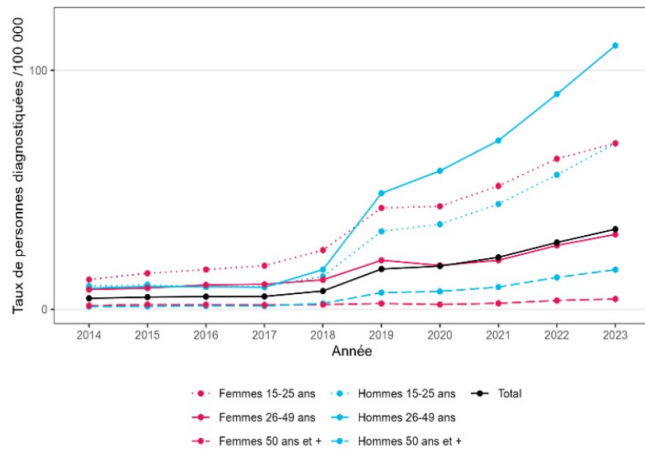


Figure 3. Taux d'incidence\* des diagnostics de syphilis en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024

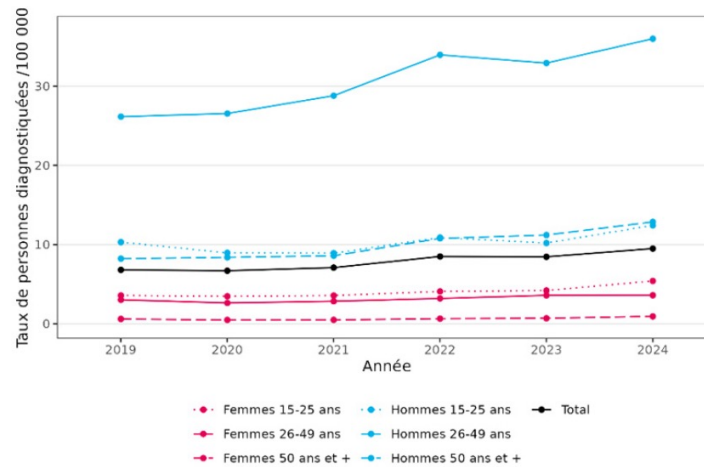
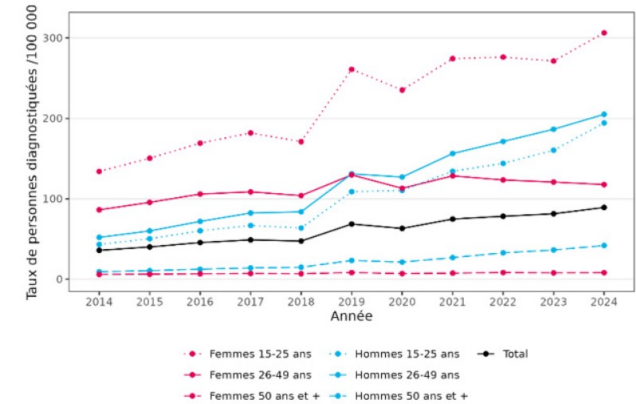


Figure 3. Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024



## IGH/ IST – Contexte



- **Dépister** : personnes sexuellement actives, multipartenariat, changement récent de partenaire, ATCD ou diag d'une autre IST, IST chez partenaire, TdS, UDIV, primo-arrivants, ATCD de VS, précarité, personne vivant dans un lieu de privation de liberté

PCR IST tri-site (urine/vagin, rectum, pharynx)

- **IST** = Porte d'entrée pour discuter de **santé sexuelle** / Dépister les violences (rapports consentis ? Violences intra-conjugales ? MGF? ...)

# II. Diagnostic microbiologique

A. Méthodes directes

B. Méthodes indirectes

# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Une femme de 26 ans, sans antécédents médicaux, consulte car elle présente un prurit vulvaire intense et des leucorrhées blanchâtres, aspect 'lait caillé' évoluant depuis 3 jours.

Demandez-vous des examens complémentaires ?  
Si oui, le ou lesquels ?

Candidose vaginale : diagnostic clinique +++

# A. Méthodes directes

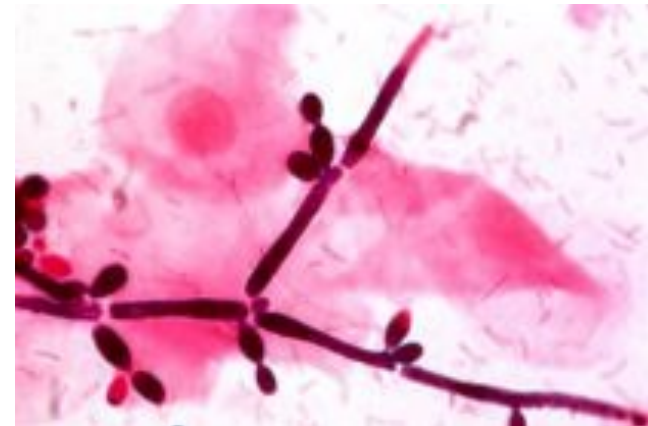
## Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Une femme de 26 ans, sans antécédents médicaux, consulte car elle présente un prurit vulvaire intense et des leucorrhées blanchâtres, aspect 'lait caillé' évoluant depuis 3 jours.

L'examen direct du PV montre les éléments suivants:

Que lui prescrivez-vous ?

- A. Secnidazole (Secnol) : 2g en une prise unique
- B. Ovule d'Econazole 150 mg LP
- C. Fluconazole 150 mg; une gélule *per os*
- D. Probiotiques
- E. Métronidazole 500mg : un cp matin, midi et soir



# A. Méthodes directes

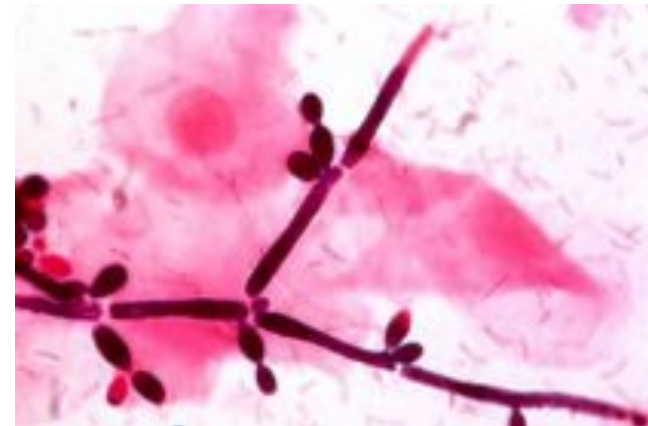
## Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Une femme de 26 ans, sans antécédents médicaux, consulte car elle présente un prurit vulvaire intense et des leucorrhées blanchâtres, aspect 'lait caillé' évoluant depuis 3 jours.

L'examen direct du PV montre les éléments suivants :

Que lui prescrivez-vous ?

- A. Secnidazole (Secnol) : 2g en une prise unique
- B. Ovule d'Econazole 150 mg LP**
- C. Fluconazole 150 mg; une gélule *per os*
- D. Probiotiques
- E. Métronidazole 500mg : un cp matin, midi et soir



Dans quelles situations demandez vous un antifongogramme ?

Candidose récidivantes avant mise sous fluconazole *per os* (suspensif)

Candida non *albicans* au PV

Echec de traitement

# Candidose vaginale – Traitements

Traitement local = traitement systémique : même efficacité, même rapidité d'action.

Traitements locaux : Vaginite → ovules / Vulvite → crème

Traitement de(s) partenaire(s) ? NON (sauf balanite candidosique)

## *Candida albicans*

### Éconazole :

Gyno-Pévaryl 1 ovule/j pendant 3 jours  
ou Gyno-Pévaryl LP 150 1 ovule en prise unique

### Miconazole :

Gyno-Daktarin 400 1 ovule/j pendant 3 jours

## *Candida non albicans*

préparations magistrales

- Ovules gynécologiques **d'acide borique** 600 mg/j pendant 14 jours
- Crème à la **5-fluorocytosine (5-FC)** 7 g (14 comprimés écrasés) dans de la glycérine + 45 g de cold cream : application vaginale chaque soir

# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

Demandez-vous des examens complémentaires ?  
Si oui, le ou lesquels ?

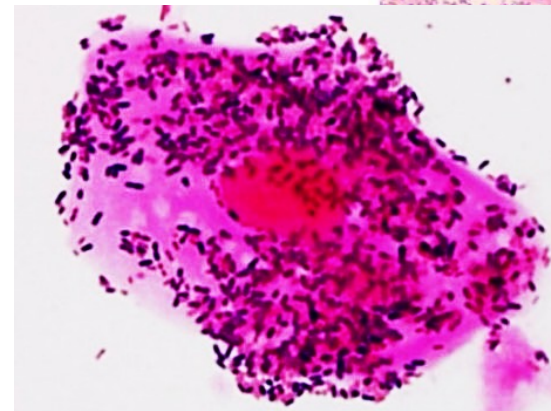
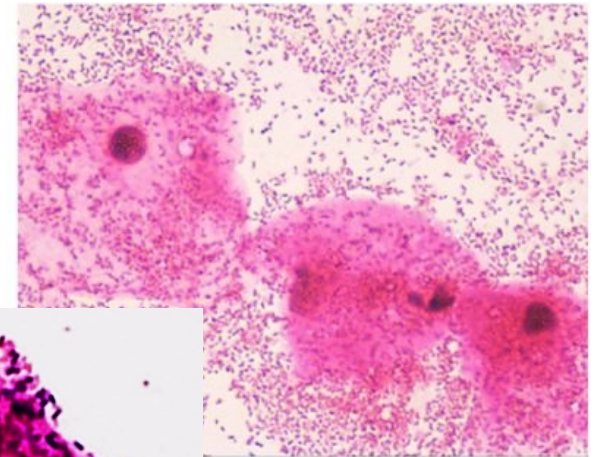
# A. Méthodes directes

## Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

L'examen direct après coloration de Gram montre les éléments suivants:

Qu'en pensez-vous ? Quelle interprétation attendez-vous du laboratoire ?



# Prise en charge du prélèvement vaginal: examen direct

- Appréciation qualitative du nombre de **leucocytes** (absence de seuil)
- Appréciation du nombre de **cellules épithéliales**, de la présence de clue cells (cellules cloutées)
- Mise en évidence d'**agents pathogènes**
- **Appréciation globale du microbiote**: score de Nugent (Nugent-Krohn-Hillier)

	Score	Morphotypes <i>Lactobacillus</i>	Morphotypes <i>Gardnerella, Bacteroides</i>	Bacilles incurvés à Gram variable ( <i>Mobiluncus</i> )
Qualitatif	0	++++	0	0
	1	+++	+	0
	2	++	++	+ ou ++
	3	+	+++	++ ou ++++
	4	0	++++	1 2

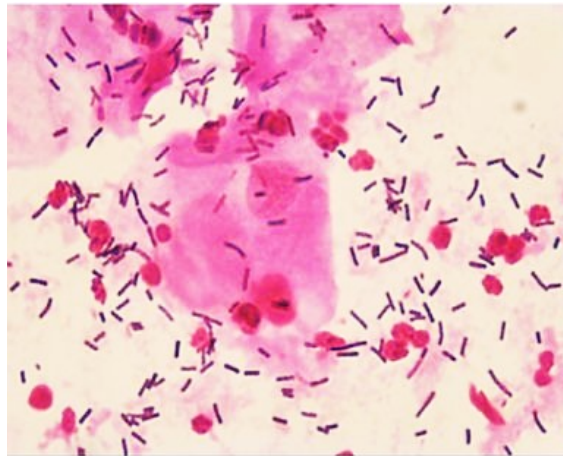
+ : < 1 morphotype / champ  
 ++ : 1 à 4 morphotypes / champ  
 +++ : 5 à 30 morphotypes / champ  
 ++++ : > 30 morphotypes / champ

0 - 3 : Flore normale  
 4 - 6 : Flore intermédiaire  
 7 - 10 : Vaginose bactérienne

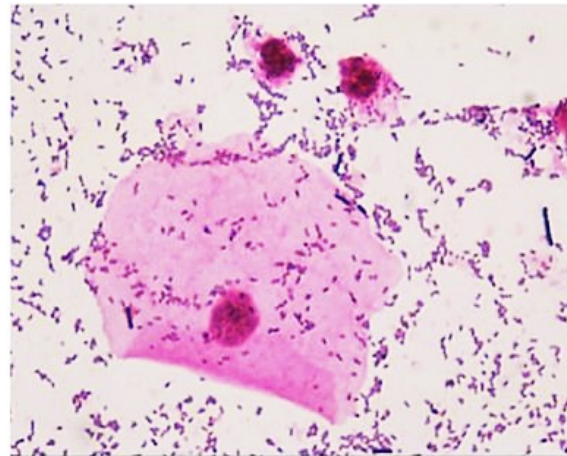
# Prise en charge du prélèvement vaginal: examen direct

---

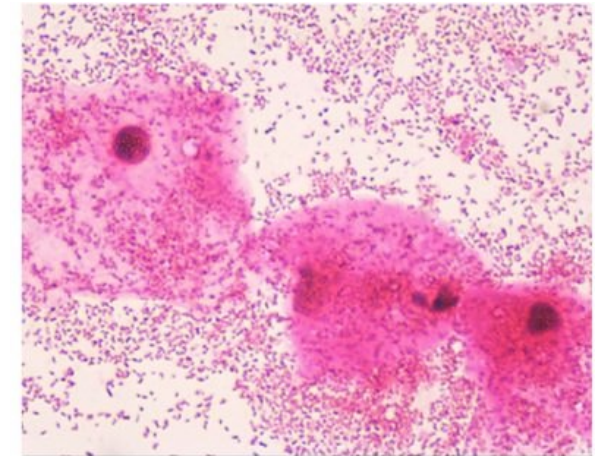
- Appréciation qualitative du nombre de **leucocytes** (absence de seuil)
- Appréciation du nombre de **cellules épithéliales**, de la présence de clue cells (cellules cloutées)
- Mise en évidence d'**agents pathogènes**
- **Appréciation globale du microbiote**: score de Nugent



Score  $\leq 3$ : flore normale



Score 4-6: flore intermédiaire



Score  $\geq 7$  : vaginose bactérienne

# A. Méthodes directes

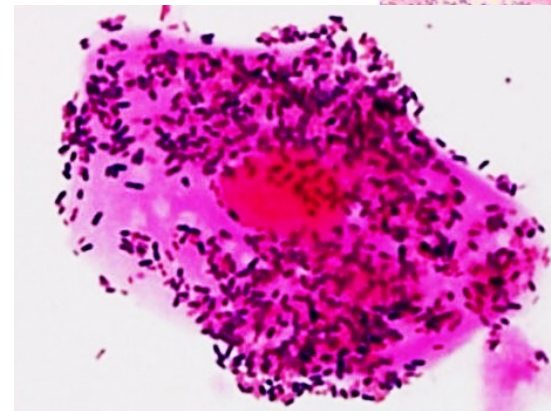
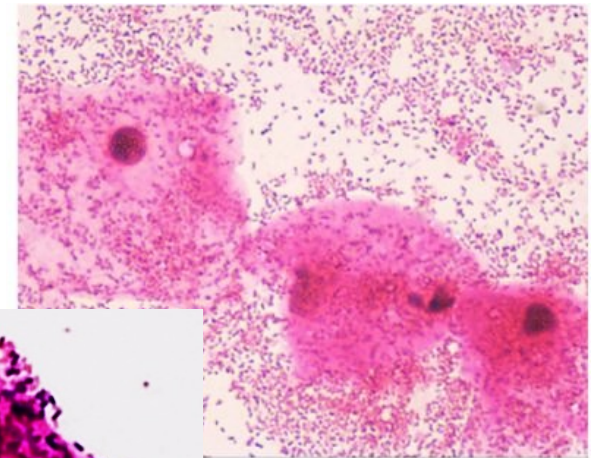
## Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

L'examen direct après coloration de Gram est le suivant :

Quelle prise en soins proposez-vous ?

- A. Secnidazole (Secnol) : 2g en une prise unique
- B. Métronidazole 500 mg , un cp x2/j
- C. Traitement de(s) partenaire(s)
- D. Abstention thérapeutique
- E. Cure de probiotiques en intra-vaginal (lactobacilles)



# A. Méthodes directes

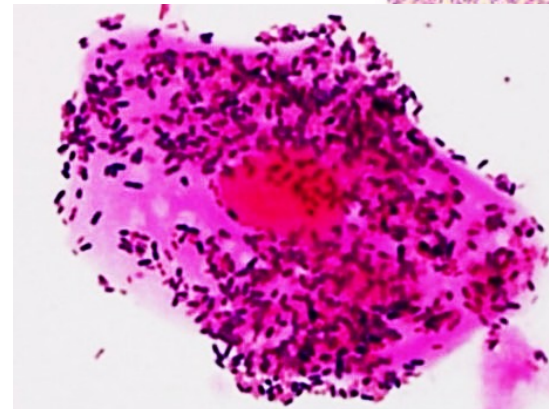
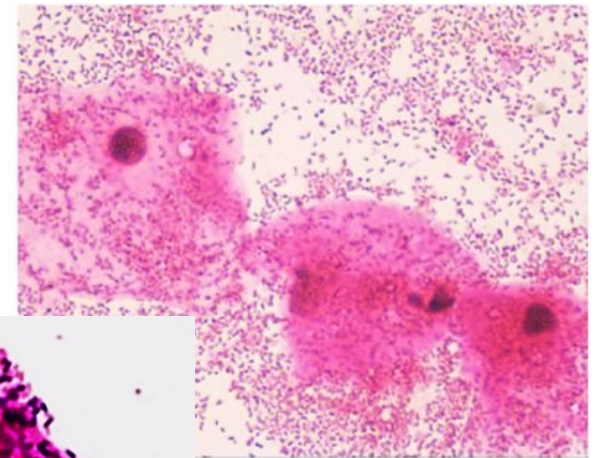
## Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

L'examen direct après coloration de Gram est le suivant :

Quelle prise en soins proposez-vous ?

- A. Secnidazole (Secnol) : 2g en une prise unique
- B. Métronidazole 500 mg , un cp x2/j
- C. Traitement de(s) partenaire(s)\*
- D. Abstention thérapeutique
- E. Cure de probiotiques en intra-vaginal (lactobacilles) \*\*



\* Vodstrcil, NEJM, 2025

\*\* van de Wijgert J. BJOG. 2020 ; Senok AC, Cochrane Database Syst Rev. 2009

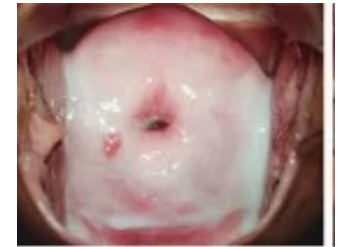
# Mycoses et vulvovaginites

## Mycose (candidose) vulvovaginale

- Fréquente +++: 70-75% des femmes
- Brûlures, irritations, démangeaisons
- Leucorrhées blanches, « lait caillé »
- Inflammation
- Diagnostic clinique la plupart du temps
- Microbiologie: prolifération de levures (*Candida albicans* +++), +/- diminution des lactobacilles

## Vaginite et vulvovaginite bactériennes

- Infections plus rares
- Irritations, démangeaisons
- Leucorrhées purulentes
- Inflammation
- Microbiologie: prolifération de bactéries aérobies (Streptocoque du groupe B, *Escherichia coli*, Staphylocoque doré) et diminution des lactobacilles



### Facteurs de risque

Antibiothérapie +++

Diabète

Changements hormonaux

Immunosuppression : VIH, greffe d'organe

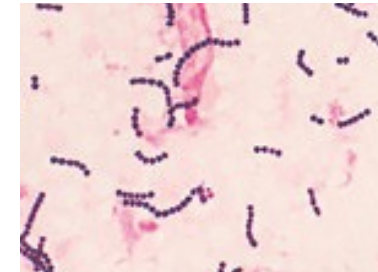
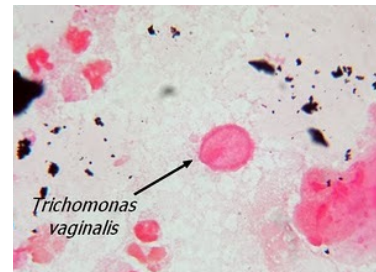
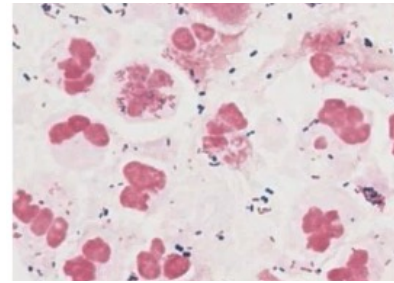
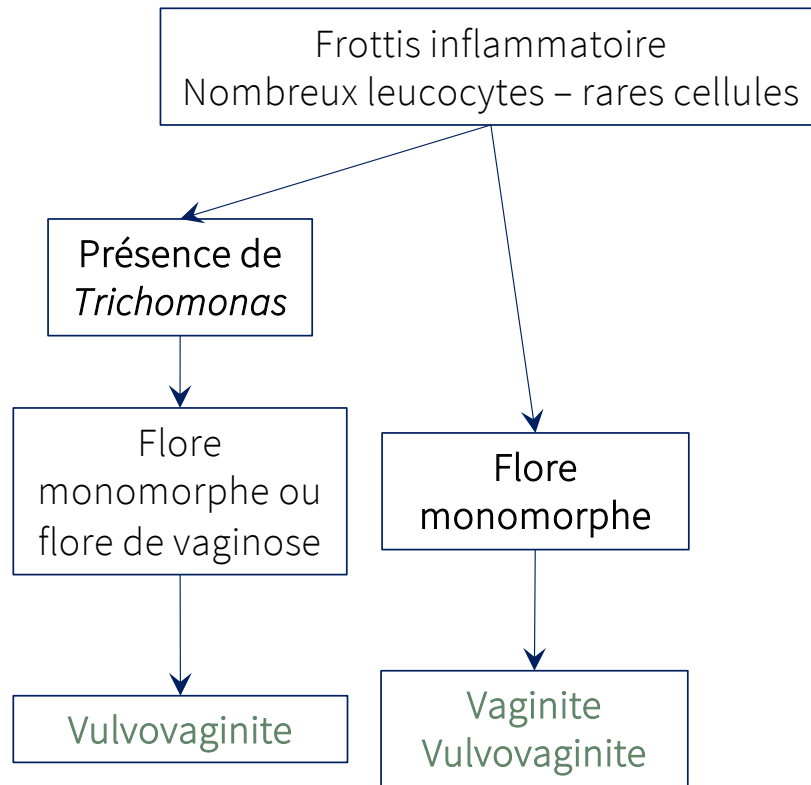
Activité sexuelle

# Prise en charge du prélèvement vaginal: examen direct

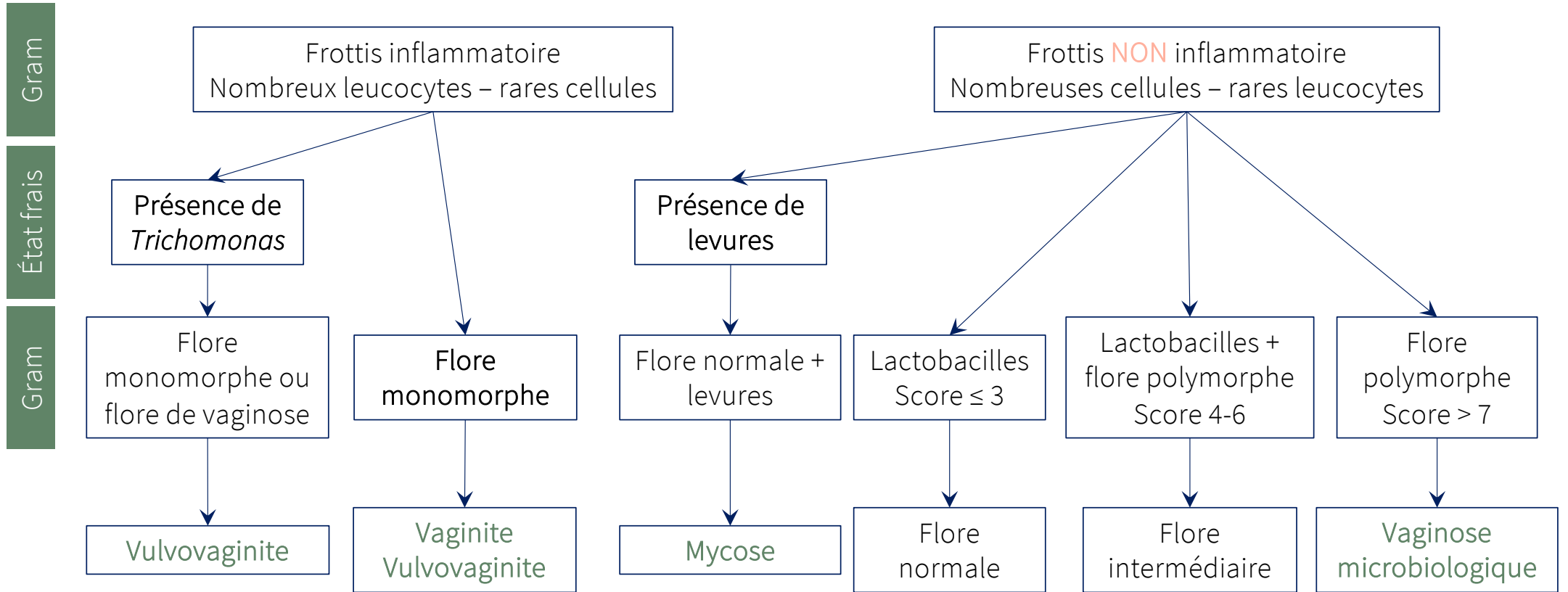
Gram

État frais

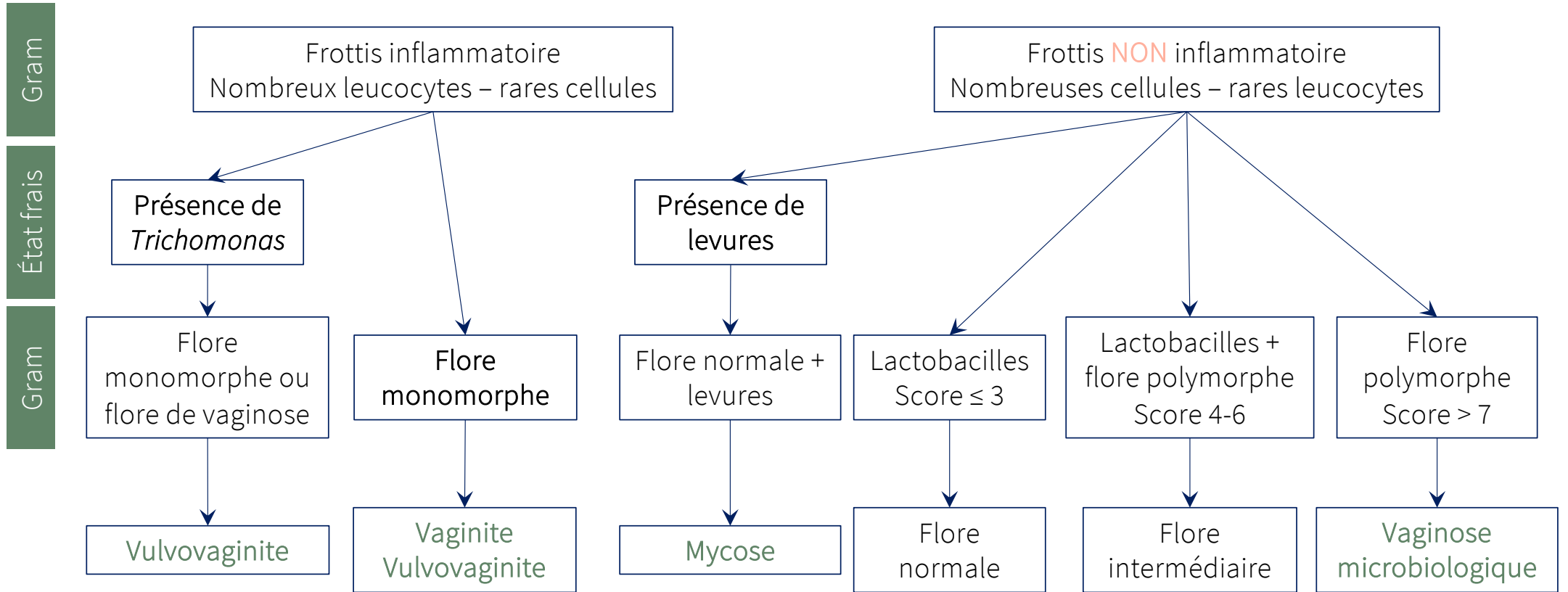
Gram



# Prise en charge du prélèvement vaginal: examen direct



# Prise en charge du prélèvement vaginal: examen direct



Examen direct essentiel au diagnostic de vaginite, mycose et vaginose

# A. Méthodes directes

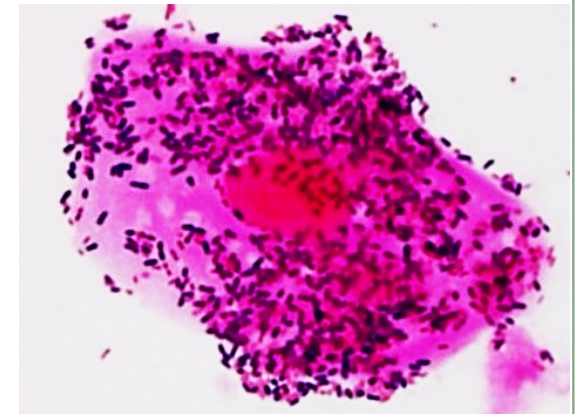
Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

L'examen direct après coloration de Gram est le suivant:

La culture du prélèvement identifie quelques colonies de streptocoque du groupe B au sein d'une flore anaérobie. Que proposez-vous à la patiente ?

- A. Amoxicilline 1g x 3, 5 jours
- B. Rien de plus que le traitement déjà proposé
- C. Un PV de contrôle à J7 du traitement de la vaginose
- D. Prolonger la cure de probiotiques en intra-vaginal (lactobacilles)



# A. Méthodes directes

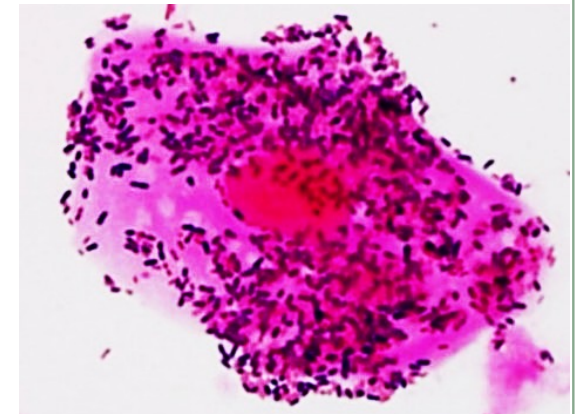
Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez le PV de Madame T, 56 ans, récemment ménopausée, se plaint de pertes malodorantes grisâtres, évoluant depuis une semaine.

L'examen direct après coloration de Gram est le suivant :

La culture du prélèvement identifie quelques colonies de streptocoque du groupe B au sein d'une flore anaérobie. Que proposez-vous à la patiente ?

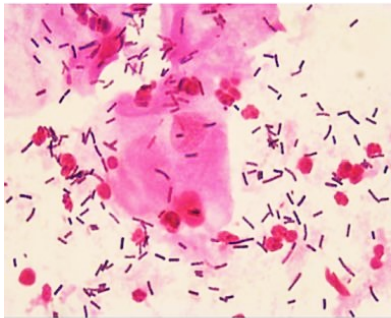
- A. Amoxicilline 1g x 3, 5 jours
- B. Rien de plus que le traitement déjà proposé**
- C. Un PV de contrôle à J7 du traitement de la vaginose
- D. Prolonger la cure de probiotiques en intra-vaginal (lactobacilles)



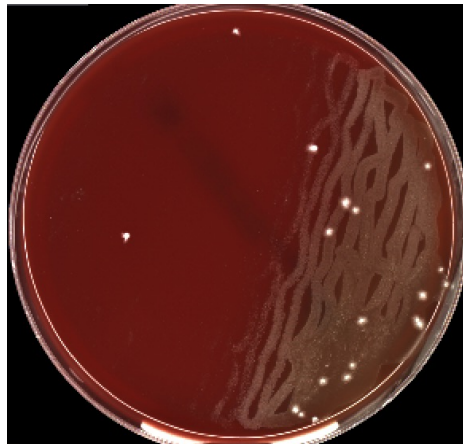
# Prise en charge du prélèvement vaginal: culture

---

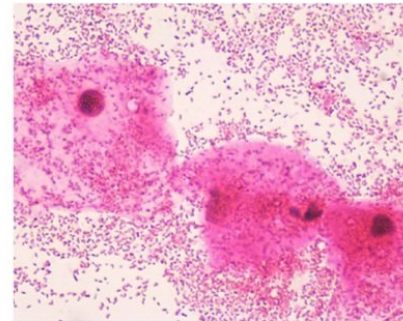
- **Abondance et diversité de la flore:** appréciation qualitative
- **Mise en évidence d'agents pathogènes**
  - Isolement de *N. gonorrhoeae*, dépistage anténatal du SGB : géloses sélectives +++
  - Mycoses et vaginites: contexte clinique, examen direct et quantités relatives en culture
  - Vaginose : culture inutile +++ (mais peut conforter l'examen direct) – Flore d'accompagnement non pathogène (contexte clinique +++)



Score de Nugent 0



Flore normale  
*Lactobacillus gasseri*



Score de Nugent 9



Flore anaérobie  
Nombreuses colonies de *G. vaginalis*

# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

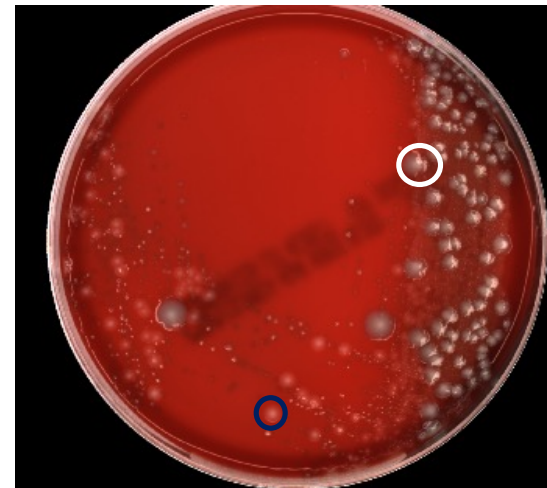


Vous recevez le PV de Madame S, 31 ans, enceinte à 32 semaines d'aménorrhée, hospitalisée en GHR pour rupture prématurée des membranes, l'examen clinique est normal, elle est apyrétique, le monitoring est sans anomalie.

L'examen direct du PV montre une flore normale avec un score de Nugent à 2, la culture montre:

Quelle prise en soins proposez-vous ?

- A. Traitement local par ovule de polymyxines
- B. Antibiothérapie par Amoxicilline *per os*
- C. Antibiothérapie IV par Ceftriaxone
- D. Antibioprophylaxie *per partum* ciblant le *Streptococcus agalactiae*
- E. Abstention thérapeutique en l'absence de signes infectieux



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

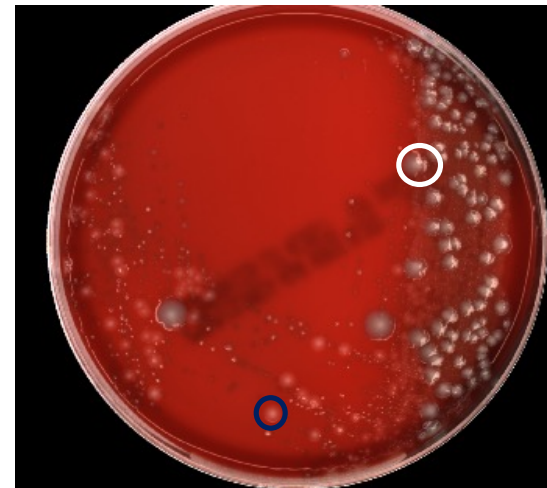


Vous recevez le PV de Madame S, 31 ans, enceinte à 32 semaines d'aménorrhée, hospitalisée en GHR pour rupture prématurée des membranes, l'examen clinique est normal, elle est apyrétique, le monitoring est sans anomalie.

L'examen direct du PV montre une flore normale avec un score de Nugent à 2, la culture montre:

Quelle prise en soins proposez-vous ?

- A. Traitement local par ovule de polymyxines
- B. Antibiothérapie par Amoxicilline *per os***
- C. Antibiothérapie IV par Ceftriaxone
- D. Antibiothérapie *per partum* ciblant le *Streptococcus agalactiae***
- E. Abstention thérapeutique en l'absence de signes infectieux



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire



## Grossesse physiologique

- En l'absence de symptôme : ne pas tenir compte de la culture du PV
- Si présence de *S. agalactiae* sur PV ou ECBU en cours de grossesse, considérer la patiente comme « colonisée », et ATBprophylaxie *per partum* (uniquement).

## Rupture prématurée des membranes avant terme

- 2-3% des grossesse, accouchement dans la semaine qui suit la rupture pour la majorité des patientes
- Risques : prématurité, infection intra-utérine

Il est recommandé de prescrire une antibioprofylaxie à l'admission en cas de RPM avant terme (grade A) car elle est associée à une réduction de la morbidité néonatale et maternelle (NP1). Le *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B) et l'*Escherichia coli* sont les deux principaux agents infectieux impliqués dans les infections néonatales bactériennes précoces (NP3) et seront la cible de l'antibioprofylaxie (accord professionnel).

# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez monsieur W, âgé de 33 ans, multipartenaire, présentant une odynophagie depuis 3 jours. Il a eu récemment plusieurs rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples.

A l'examen clinique, vous observez :

Quels examens pouvez-vous discuter dans ce contexte ?

- A. Sérologie HSV1 et HSV2
- B. PCR HSV sur lésion
- C. PCR Mpox sur lésion
- D. Sérologie Mpox
- E. PCR VZV sur lésion



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Vous recevez monsieur W, âgé de 33 ans, multipartenaire, présentant une odynophagie depuis 3 jours. Il a eu récemment plusieurs rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples.

A l'examen clinique, vous observez :

Quels examens pouvez-vous discuter dans ce contexte ?

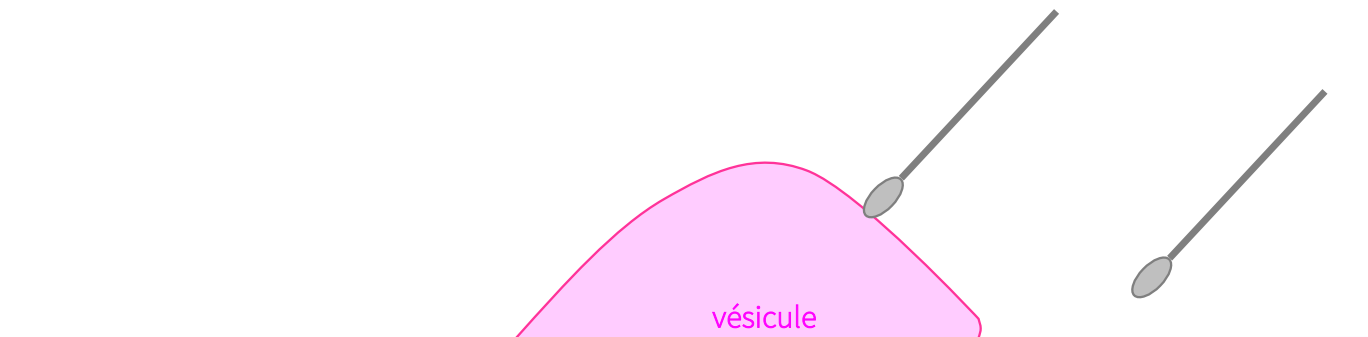
- A. Sérologie HSV1 et HSV2
- B. PCR HSV sur lésion
- C. PCR Mpox sur lésion
- D. Sérologie Mpox
- E. PCR VZV sur lésion



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

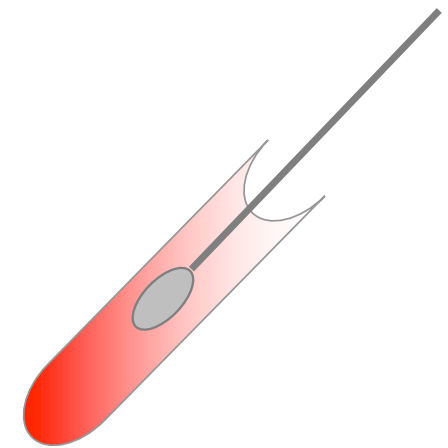
## Le prélèvement



Appuyer avec l'écouvillon jusqu'à percer la vésicule

Frotter le plancher et les berges de la vésicule

Exprimer l'écouvillon dans un milieu de transport



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Un homme de 32 ans consulte pour un écoulement urétral et des brûlures mictionnelles évoluant depuis 5 jours. La PCR urinaire est positive pour *Chlamydia trachomatis*.

- Quelle molécule prescrivez-vous en première intention ?

DOXYCYLINE 100 mg x2 /jour

- Quelle est la durée de traitement recommandée ?

- A. 3 jours
- B. 5 jours
- C. 7 jours
- D. 10 jours
- E. 14 jours

# *Chlamydia trachomatis*

## Traitement :

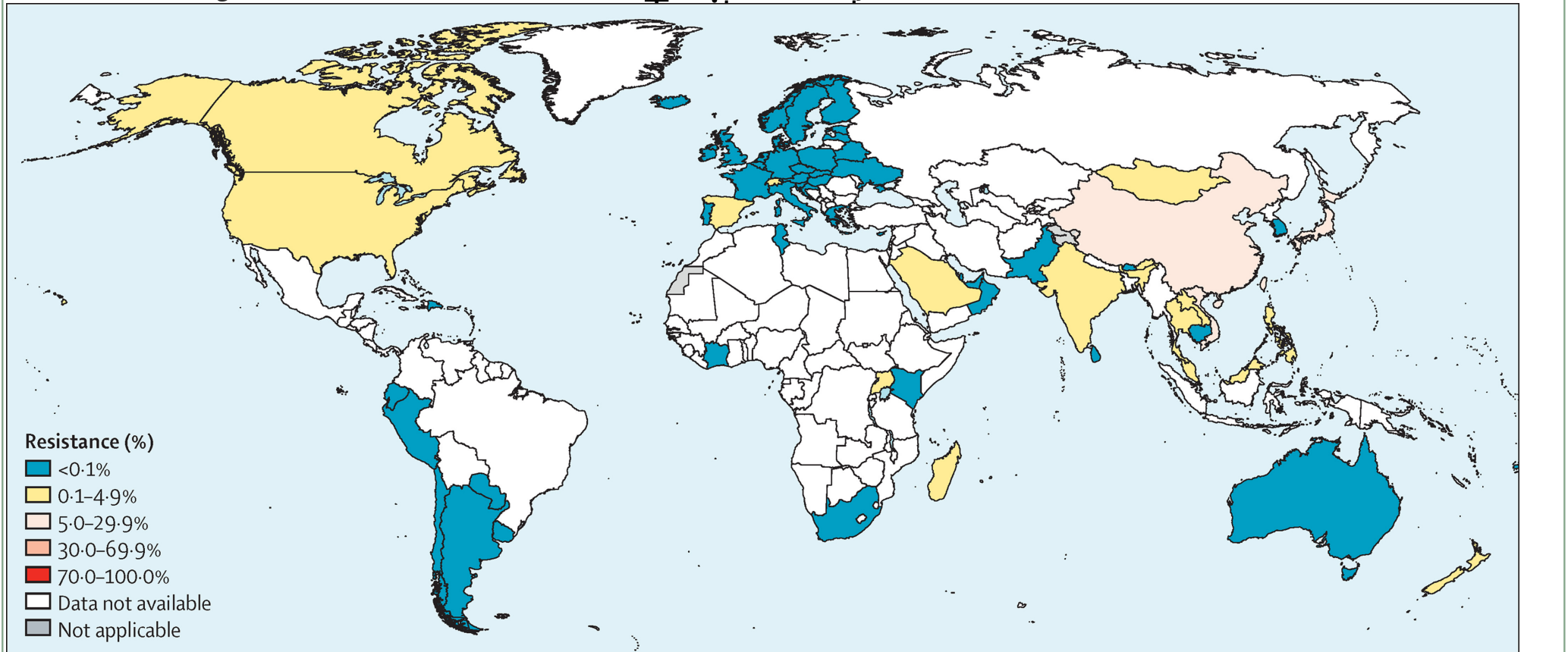
- **Infections uro-génitales et ORL non compliquées** (cas asymptomatiques, urétrites, pharyngites, ano-rectites\*) :
  - 1e intention : Doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A)
  - 2e intention : Si CI à la doxycycline; Azithromycine 1 g dose unique (grade A)
- **IGH et Orchi-épididimite:**
  - Doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 10 jours (14 jours si formes sévères - hospitalisation)
- **Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)** - ano-rectite à *Chlamydiae trachomatis* de génotype L :
  - Doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 21 jours

\* Sauf LGV



# *Neisseria gonorrhoeae*

**Figure 1. Percentage of isolates with decreased susceptibility or resistance to ceftriaxone reported to WHO Global Antimicrobial Surveillance Programme and Global Antimicrobial Resistance Surveillance System in 2018**



# A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Madame I, 23 ans, sans antécédent, dépistage IST de façon « systématique », en l'absence de symptôme.

Résultats de la PCR IST en auto-prélèvement vaginal:

*N. gonorrhoeae* : non détecté; *C. trachomatis* : non détecté; *U. urealyticum* : détecté; *U. parvum* : non détecté; *M. genitalium* : détecté; *M. hominis* : non détecté.

Que faites-vous ?

- A. Vous traitez le *Mycoplasma genitalium*
- B. Vous traitez l'*Ureaplasma urealyticum*
- C. Vous traitez les deux (*U. urealyticum* et *M. genitalium*)
- D. Vous ne traitez aucun des deux (*U. urealyticum* et *M. genitalium*)

## A. Méthodes directes

Examen direct | Culture | Biologie moléculaire

Madame I, 23 ans, sans antécédent, dépistage IST de façon « systématique », en l'absence de symptôme.

Résultats de la PCR IST en auto-prélèvement vaginal:

*N. gonorrhoeae* : non détecté; *C. trachomatis* : non détecté; *U. urealyticum* : détecté; *U. parvum* : non détecté; *M. genitalium* : détecté; *M. hominis* : non détecté.

### Traitement :

- Gonocoque, *Chlamydiae*, *Trichomonas vaginalis* = Toujours
- *Mycoplasma genitalium* = résultats à interpréter avec prudence, envisager un traitement uniquement en cas de symptômes.
- Autres mycoplasmes génitaux (*Ureaplasma spp. etc*) : non pathogènes

## Cas clinique

- Monsieur M, 28 ans, sans antécédent médicaux. Multipartenaire pendant plusieurs années, s'est récemment mis en couple « exclusif ».
- Consulte car dysurie évoluant à bas bruit depuis 2 semaines, avec pollakiurie et sensation de vidange incomplète de vessie
- ECBU : 10000 leucocytes, 10000 hématies, culture stérile (sans antibiothérapie préalable)
- PCR multiplex IST sur premier jet d'urines : *N. gonorrhoeae* : détecté; *C. trachomatis* : non détecté; *U. urealyticum* : non détecté; *U. parvum* : non détecté; *M. genitalium* : détecté ; *M. hominis* : non détecté.

➤ Quelle prise en soins proposez-vous  
(en première intention)

Urétrite à Gonocoque.

Traiter les autres co-  
infections en premier:  
Ceftriaxone 1g en IM



### 3. Quelles sont les modalités de prise en charge curative d'une infection à Mg ?

La recherche diagnostique et le traitement antibiotique d'une infection à Mg ne doit s'appliquer qu'aux infections **urogénitales** ou rectales **symptomatiques, aiguës ou persistantes (grade B)**.

**La prise en charge thérapeutique spécifique de Mg s'effectue en l'absence de co-infections ; les autres IST doivent être recherchées et traitées en première intention (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* +/- *Trichomonas vaginalis*) (grade AE).**

En cas de symptômes très invalidant, exigeant une prise en charge thérapeutique urgente, un traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) peut être administré immédiatement (cf question 4). Dans le reste des cas, l'antibiothérapie ne sera prescrite qu'après confirmation microbiologique de la présence de Mg et après recherche de mutations de résistances aux macrolides. **Cette dernière stratégie doit être privilégiée** si possible (AE).

L'infection à Mg doit donner lieu à un dépistage des autres IST, une information détaillée, une protection des rapports sexuels, un test de **dépistage systématique chez les partenaires sexuels actuels**. Le(s) **partenaire(s) sexuel(s) ayant un test Mg positif seront traité(s)** comme le cas index (seule exception à dépister et traiter une personne asymptomatique) (AE).

La confirmation de l'éradication bactérienne n'est pas requise, quel que soit le site de l'infection, en cas de traitement bien conduit avec une bonne évolution clinique (patient asymptomatique). Un test d'éradication ne sera effectué qu'en cas de persistance des symptômes à plus de 3 semaines de la fin du traitement (AE).

## Cas clinique (suite)

- Monsieur M, 28 ans, sans antécédent médicaux. Multipartenaire pendant plusieurs années, s'est récemment mis en couple « exclusif ».
- Consulte car dysurie évoluant à bas bruit depuis 2 semaines, avec pollakiurie et sensation de vidange incomplète de vessie
- PCR multiplex IST sur premier jet d'urines : *N. gonorrhoeae* : détecté; *C. trachomatis* : non détecté; *U. urealyticum* : non détecté; *U. parvum* : non détecté; *M. genitalium* : détecté ; *M. hominis* : non détecté.
- Vous avez traité le gonocoque, le patient consulte de nouveau car il est toujours gêné par une dysurie et un écoulement urétral purulent intermittent

➤ Quelle antibiothérapie proposez-vous ?

# Traitement d'une urétrite à *Mycoplasma genitalium*

RECOMMANDER  
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION  
Traitement curatif  
des personnes  
infectées par  
*Mycoplasma  
genitalium*

Validé par le Collège le 10 avril 2025

## Réévaluation clinique +++

Régression spontanée : 55% à 3 mois, 83% à 6 mois, 93% à 1 an \*

\*Vandepitte *et al*; Sex Transm Dis, 2013

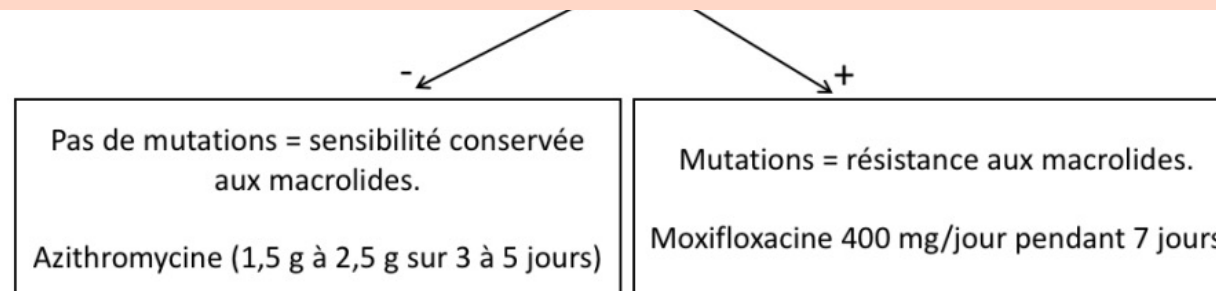


Figure 1. Concept de traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) d'une infection non compliquée à Mg, d'après Durukan et al.<sup>8</sup>

## B. Méthodes indirectes

### La sérologie

- Vous rencontrez pour la première fois Madame L, 26 ans, qui vient d’emménager dans la région. Elle n’a pas d’ATCD particulier, pas de traitement et a un projet de grossesse. Elle ne présente aucun symptôme ce jour. Vous lui proposez un bilan pré-conceptionnel et dépistez les IST.
- La sérologie syphilis est la suivante:

#### **SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES (Syphilis)**

##### **Test tréponémique**

*Technique: CMLA, Alimity i Syphilis TP, Abbott, seuil=1,0*

Résultat.....	<b>Positif</b>	Négatif	05/06/25
Ratio.....	<b>23,3</b>	0,1	05/06/25

##### **Test non tréponémique (VDRL)**

*Technique : agglutination, RPR Card test for syphilis, Arlington Scientific.*

Résultat.....	<b>Positif</b>
Titre :	<b>1/16</b>

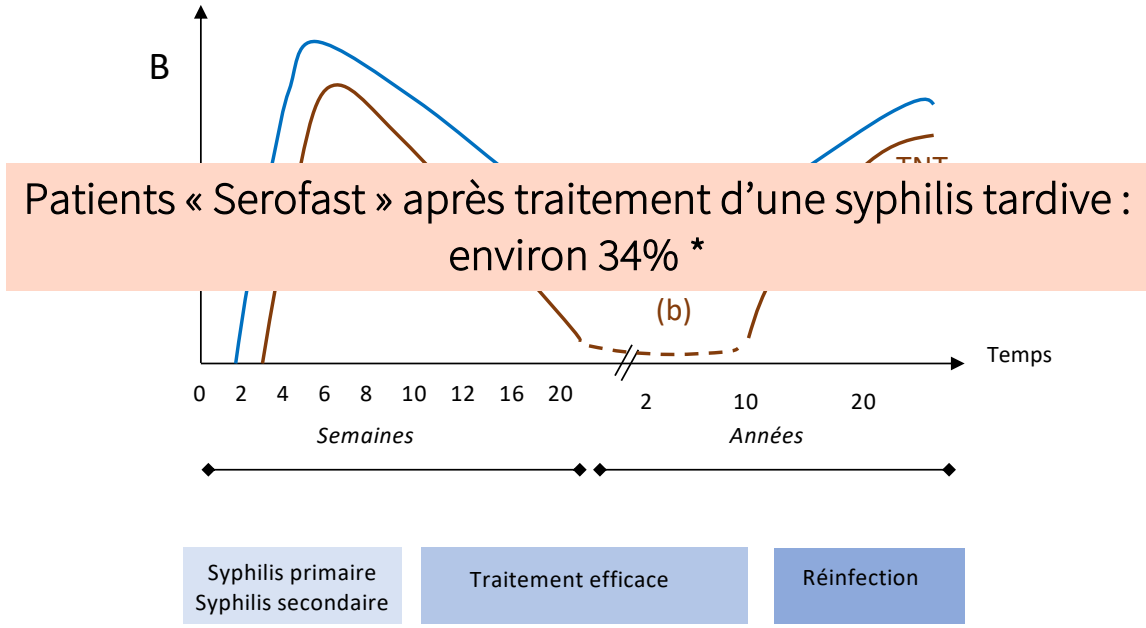
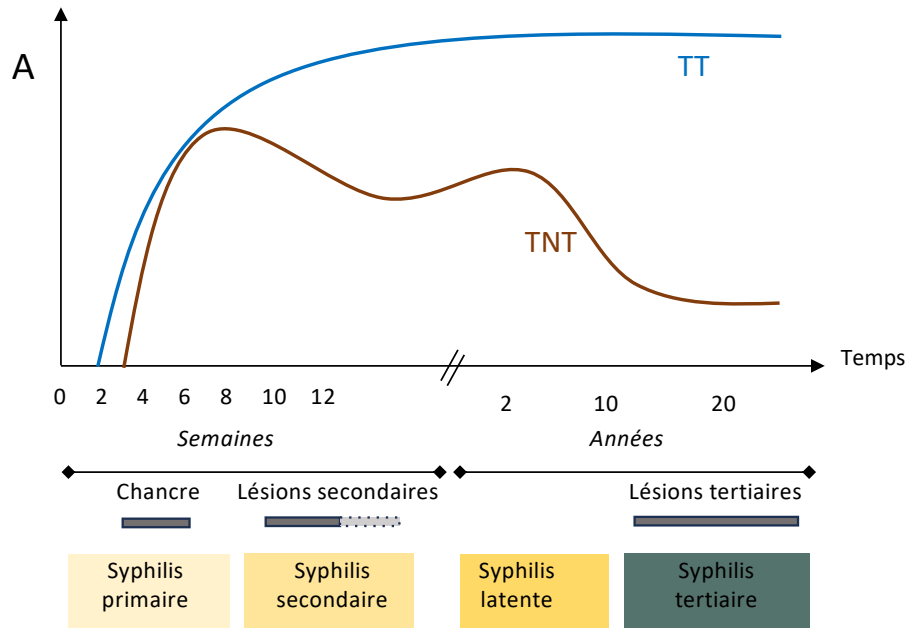
Comment interprétez-vous cette sérologie ?

# Diagnostic biologique de la syphilis

TT + à J5-10  
Restent + à vie  
Ne permettent pas de suivre l'évolution

TNT rendus en titre  
Fluctuent selon évolution  
Non spécifiques (FP 0.8%)

Répéter les sérologies dans le même labo!



Patients « Serofast » après traitement d'une syphilis tardive : environ 34% \*

Adaptée de la diapositive gracieusement prêtée par C. Vauloup Fellous  
Anselem *et al.*, ID now, 2025  
\*Tong, Plos one, 2013

## Cas clinique Syphilis (suite)

### *Treponema pallidum*

- Vous rencontrez pour la première fois Madame L, 26 ans, qui vient d'emménager dans la région. Elle n'a pas d'ATCD particulier, pas de traitement et a un projet de grossesse. Elle ne présente aucun symptôme ce jour. Vous lui proposez un bilan pré-conceptionnel et dépistez les IST.
- Il s'agit d'une syphilis tardive, quelle antibiothérapie proposez-vous ?

**BPG 2,4MUI, 3 injections IM à J0 - J7 - j14**

\* Remplacer 0,5-1 cc de solvant par de la lidocaïne 1% non adrénalinée

\* Si intervalle > 9 jours entre 2 doses, recommencer complètement le traitement.

# Prise en soins d'une syphilis

1. Evaluer le stade de la syphilis : Précoce / Tardive ?
2. Dépister une éventuelle neuro-syphilis (quel que soit le stade): examen neurologique, recherche de signe ORL et ophtalmologiques
3. Traitement antibiotique

Syphilis précoce (< 1 an)

<b>B</b>	Le traitement de la syphilis précoce repose sur la benzathine pénicilline G : 2,4 M UI en IM en une ou deux injections
<b>C</b>	En cas d'allergie aux pénicillines, traitement par doxycycline 200 mg/j pendant 14 jours en une à deux prises
<b>C</b>	En cas de troubles de la coagulation ou de traitement anticoagulant contre-indiquant les injections IM, deux alternatives possibles : en première intention, doxycycline 200 mg/j pendant 14 jours en une à deux prises et en deuxième intention ceftriaxone 1 g IV pendant 10 j

Syphilis tardive (> 1 an ou non datable)

<b>C</b>	Le traitement de la syphilis tardive repose sur la benzathine pénicilline G : 3 injections de 2,4 M UI en IM (en 1 ou 2 injections) à J1, J8 et J15
<b>C</b>	En cas d'allergie aux pénicillines, traitement par doxycycline 200 mg/j pendant 28 jours en une à deux prises
<b>C</b>	En cas de troubles de la coagulation ou de traitement anticoagulant contre-indiquant les injections IM : doxycycline 200 mg/j pendant 28 jours en une à deux prises

# Take Home messages

- ✓ Dépister IST : PCR IST tri-site en systématique
- ✓ Dépister les violences sexuelles
- ✓ Candidose vaginale: diagnostic clinique
- ✓ Vaginose : culture inutile
- ✓ Vaginite : rechercher *Trichomonas vaginalis* (métronidazole 500 mg x2/j 7 jours)
- ✓ Grossesse et PV : si pas de rupture – pas de traitement
- ✓ Gonococcie : Ceftriaxone 1g IM, injection unique
- ✓ *Chlamydiae*, infections uro-génitales et ORL non compliquées :  
Doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours
- ✓ *M. genitalium* : ne traiter que si symptôme.  
Rechercher la résistance aux macrolides
- ✓ Pas de contrôle de l'éradication dans la majorité des cas
- ✓ Syphilis : suivi sérologique dans le même labo, si TT et TNT positif : infection évolutive ou en cours de traitement. Le TNT peut rester positif très longtemps