



**MERCREDI 24 SEPTEMBRE  
2025**

**MAISON DE L'INFECTIOLOGIE  
21 RUE BEAUREPAIRE  
75010 PARIS**

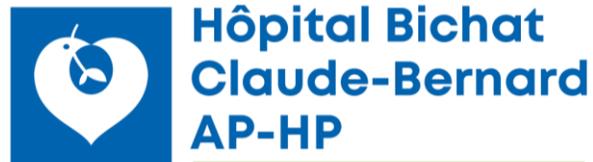
**SANTÉ SEXUELLE : PRÉVENTION DIAGNOSTIC ET  
PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES (IST)**

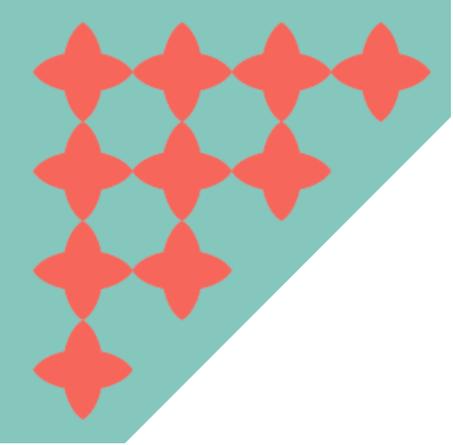
**Savoir identifier, confirmer et prendre en charge  
cervico-vaginites, vaginoses, trichomonoses, candidoses et leucorrhées**

Dr Morgane Mailhe

Service de maladies infectieuses et tropicales

Hôpital Bichat – Claude Bernard, AP-HP, Paris

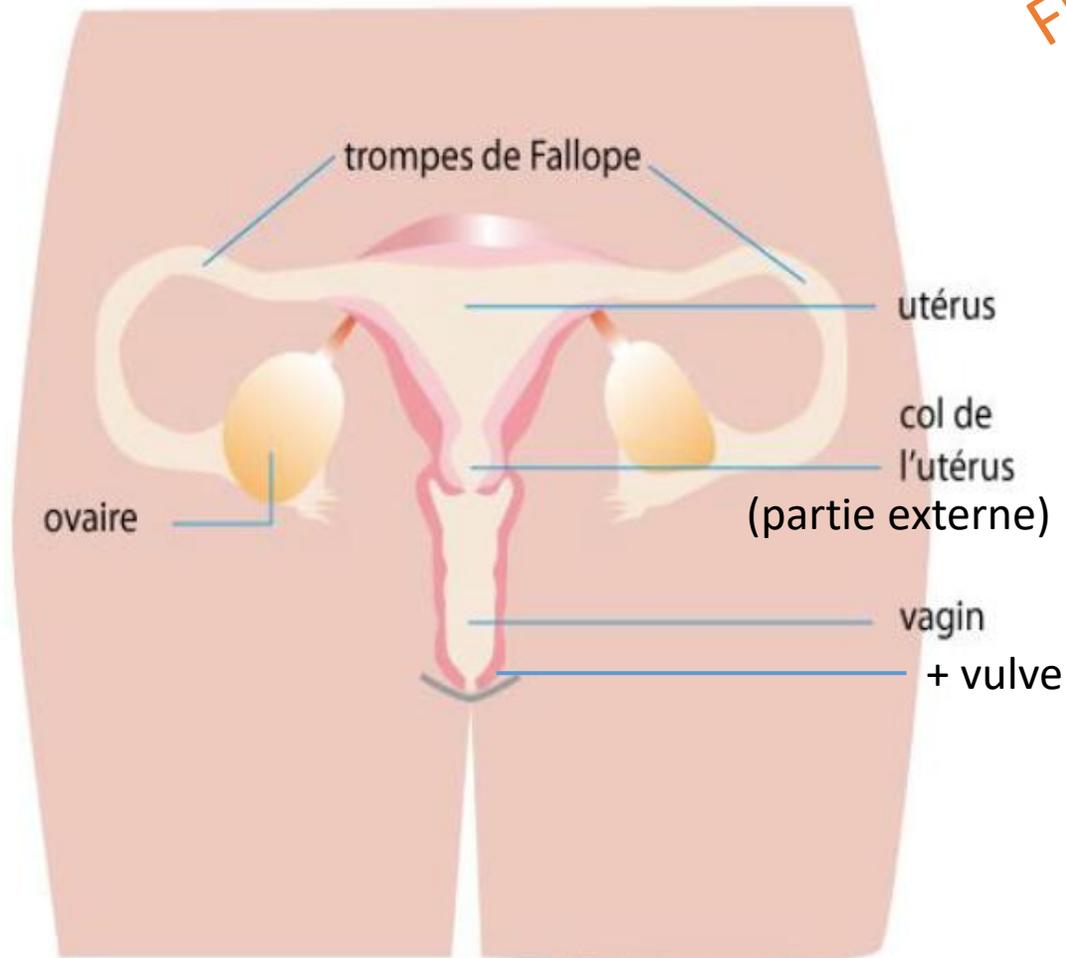




## Objectifs du cours

- Savoir ce qu'est une infection génitale basse
- Comprendre la notion de flore vaginale normale et pathologique
- Diagnostiquer et traiter des leucorrhées pathologiques
- Connaître les infections responsables, IST ou non
- Connaître la prise en charge globale d'une IST

# Qu'est-ce qu'une infection génitale basse?



Fièvre

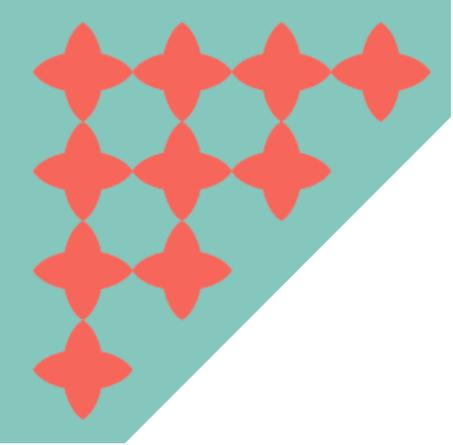
Infections génitales hautes:

- Endométrite
- Salpingite
- Pelvipéritonites

d'origine génitale

Infections génitales basses:

- Cervicite
- Vulvo-vaginite

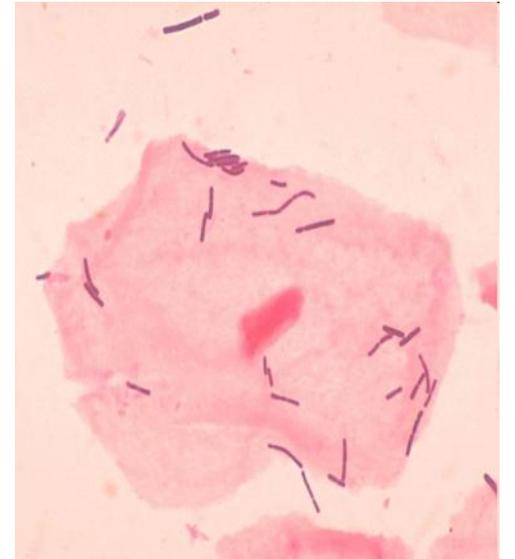


## Quels sont les symptômes d'une IGB?

- *Asymptomatique*
- Leucorrhées
- Prurit
- Douleur cervicale seulement si cervicite
- Pas de douleur pelvienne
- Pas de douleur à la mobilisation
- Pas de fièvre

# Flore vaginale normale

- Microbiote:  $10^6$ - $10^8$  bactéries  
flore de Döderlein, lactobacilles
- Sécrétions vaginales normales
  - Flore lactique équilibrée
  - pH acide (3.8-4.6)
  - Absence de PNN, filament mycélien, germe pathogène
- Evolution selon âge, cycle, contraception



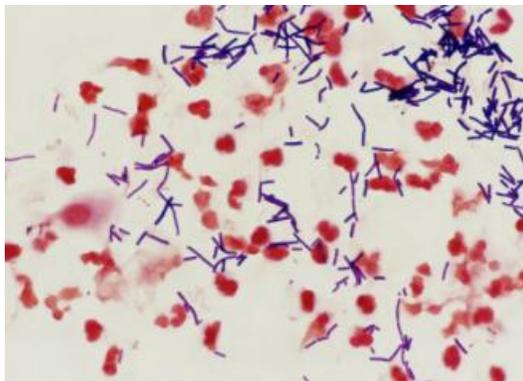
# Score de Nugent

Quantifie le déséquilibre de la flore vaginale

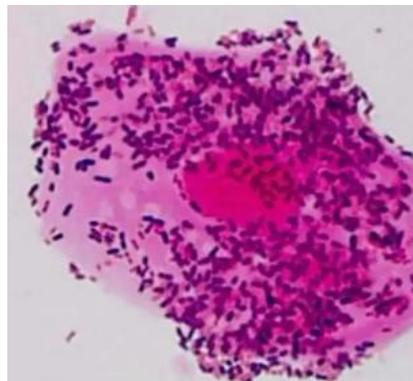
Evalue le taux de lactobacilles, *Gardnarella vaginalis* ou *Mobiluncus*

Examen des sécrétions vaginales:

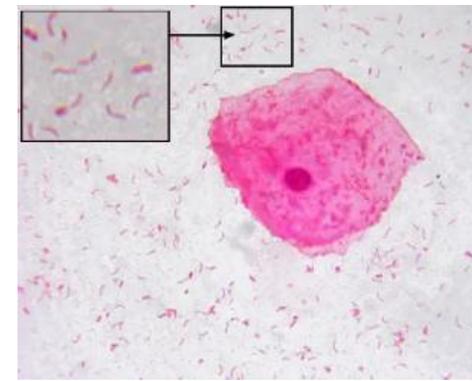
- **0-3**: flore normale = prédominance de lactobacilles
- **4-6**: flore intermédiaire = lactobacilles peu importants
- **7-10**: flore anaérobie et polymorphe abondante = lactobacilles <5%



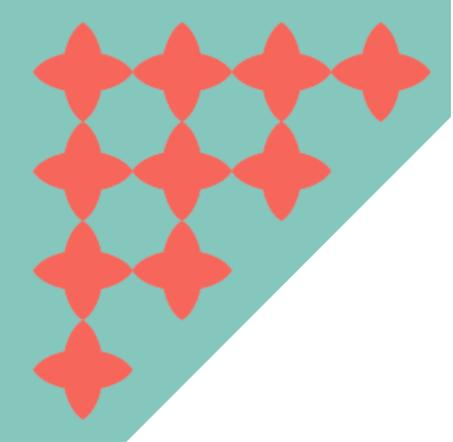
Morphotype lactobacilles



Morphotype *Gardnerella*



Morphotype *Mobiluncus*



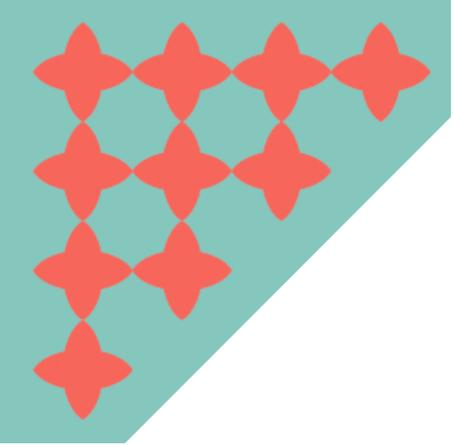
# Leucorrhées

Leucorrhées physiologiques :

- desquamation vaginale,  
↗ période prémenstruelle
- glaire cervicale,  
↗ du 8<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour du cycle

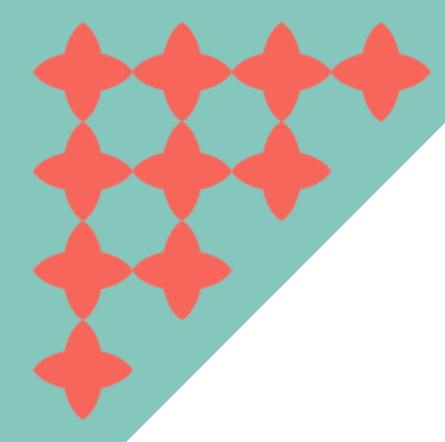
Leucorrhées pathologiques:  
écoulements vaginaux  
anormaux en rapport avec  
une infection génitale,  
basse ou haute

	PHYSIOLOGIQUE	PATHOLOGIQUE
Caractéristiques	-Blanche /transparente -Inodore -Abondance variable selon cycle	- Aspect anormal
Signes fonctionnels associé	-AUCUN	-Prurit vaginal -Brûlure -Douleur pelvienne -Dyspareunie
Signes cliniques chez partenaires	-AUCUN	-+/- -Urétrite -Balanite...
Résultats PV	-Rare polynucléaire -Flore de Doderlein abondante -Pas de germe spécifique	-Polynucléaire -Flore de Doderlein : rare / absente - Mise en évidence d'un germe spécifique



## Prise en charge des leucorrhées

- Antécédents: diabète, VIH, traitements immunosuppresseurs
- Circonstances: nouveau partenaire, geste invasif, DIU, grossesse, traitement hormonal ou antibiotique, notion d'IST
- Caractéristiques: couleur, abondance, odeur, durée
- Signes associés: fièvre, douleur pelvienne, métrorragie, prurit, brulure, dyspareunies,  
+ signes chez le partenaire (rougeur, brûlure, écoulement, irritation)



# Prise en charge des leucorrhées

## Examen clinique:

- Palpation abdominale
- Vulve: lésions de grattage, vésicules, ulcérations, signes inflammatoires
- Speculum: leucorrhées, aspect glaire cervicale, muqueuse vaginale et cervicale
- TV: douleur, masse

## Examens complémentaires:

- PV: examen direct, culture
- TAAN *C. trachomatis*,  
*N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*



# 1/ Vaginose bactérienne = dysbiose vaginale

## Examen clinique:

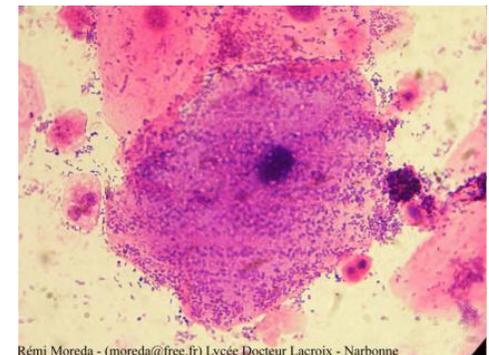
- Pertes fluides, grisâtres, bulleuses, peu abondantes
- Odeur de «poisson pourri»
- Speculum: pas de vaginite

## Diagnostic le plus souvent clinique

FDR: toilette intravaginale,  
partenaires multiples,  
homosexualité,  
antibiothérapies

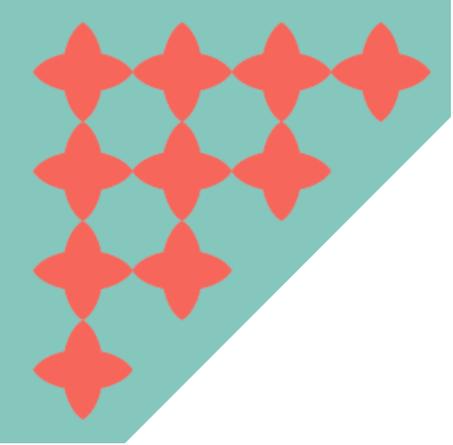
## Examens complémentaires: PV

- Score de Nugent >7  
flore anaérobie et polymorphe abondante  
= lactobacilles <5%
- Flore de substitution: anaérobies,  
*G. vaginalis*, *Atopobium spp*, *M. hominis*,  
*U. urealyticum*, *Mobiluncus*, *Bacteroides*
- Examen microscopique: Clue cells
- Pas de PNN
- pH > 4.5



Rémi Moreda - (moreda@free.fr) Lycée Docteur Lacroix - Narbonne

Coloration de Gram (X100) : Clue Cells



# Dysbiose vaginale - Traitement

- **Traitement**

SECNIDAZOLE 2g (Secnol°): 1 sachet en DU

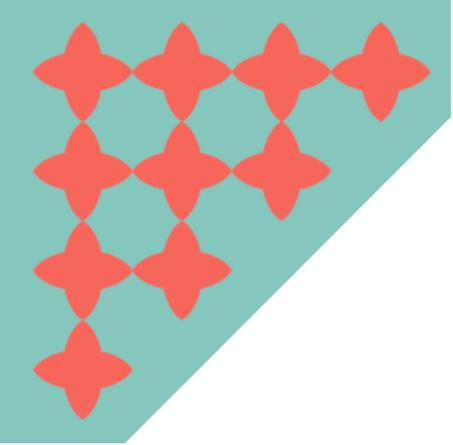
METRONIDAZOLE 500 mg x2/j pendant 7 jours

- Traitement des récurrences

Arrêt des douches vaginales

Recherche étiologie de la dysbiose

Probiotiques: effet préventif des récurrences



# Dysbiose vaginale - Selon le terrain



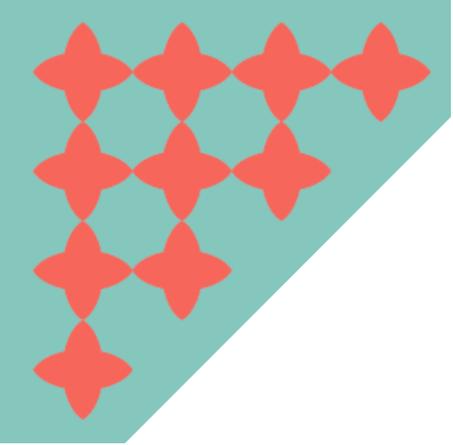
## Chez la femme enceinte:

- **Diagnostic:** si MAP<sup>et</sup>/ou leucorrhées anormales

Dépistage si antécédent accouchement prématuré, chorioamniotite, FC

Pas de dépistage systématique

- **Traitement:** METRONIDAZOLE 500 mg x2/j pendant 7 jours  
+ PV de contrôle tous les trimestres



# Traitement des partenaires

## Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis

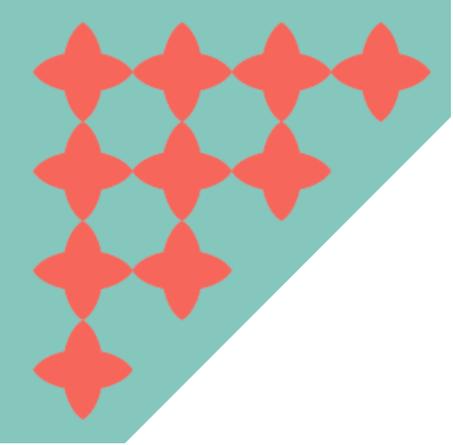
Authors: Lenka A. Vodstrcil, Ph.D. , Erica L. Plummer, Ph.D., Christopher K. Fairley, Ph.D., Jane S. Hocking, Ph.D., Matthew G. Law, Ph.D., Kathy Petoumenos, Ph.D., Deborah Bateson, M.D., , for the StepUp Team\* [Author Info & Affiliations](#)

Published March 5, 2025 | N Engl J Med 2025;392:947-957 | DOI: 10.1056/NEJMoa2405404 | [VOL. 392 NO. 10](#)

- Objectif: évaluer si le traitement du partenaire sexuel diminue le risque de récurrence chez la femme atteinte de dysbiose vaginale à 12 semaines
- Méthode: essai ouvert, randomisé, contrôlé  
Chez des couples exclusifs dans lesquels la femme à une dysbiose vaginale  
Randomisation 1:1
  - **Bras interventionnel:** traitement de la femme par METRONIDAZOLE 500 mg PO x2/j pendant 7 jours + traitement du partenaire identique et traitement topique CINDAMYCINE 2% crème sur le gland x2/j pendant 7 jours
  - Bras contrôle: traitement de la femme uniquement



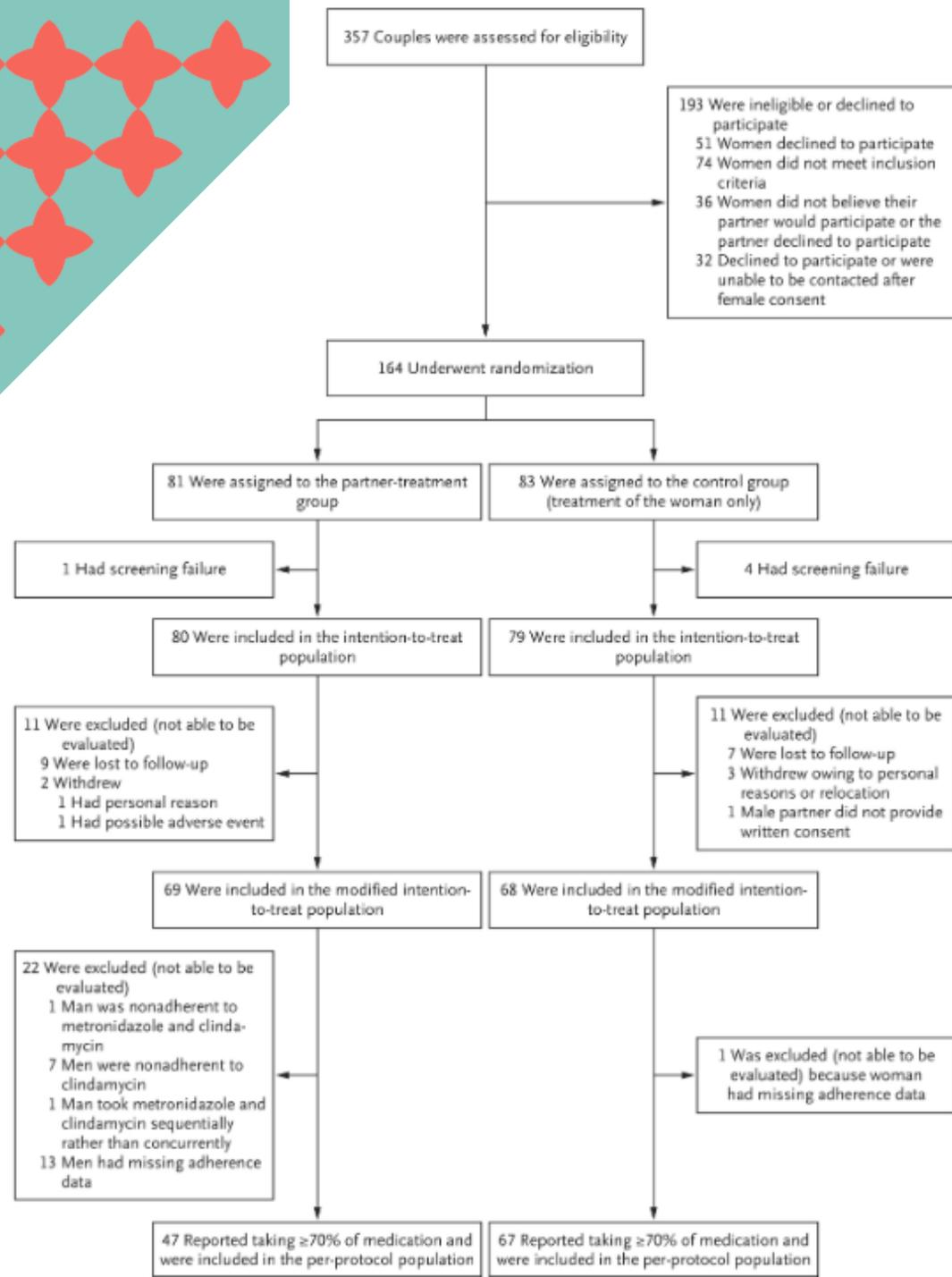
The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE



# Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis

Authors: Lenka A. Vodstrcil, Ph.D. , Erica L. Plummer, Ph.D., Christopher K. Fairley, Ph.D., Jane S. Hocking, Ph.D., Matthew G. Law, Ph.D., Kathy Petoumenos, Ph.D., Deborah Bateson, M.D., , for the StepUp Team\* [Author Info & Affiliations](#)

Published March 5, 2025 | N Engl J Med 2025;392:947-957 | DOI: 10.1056/NEJMoa2405404 | [VOL. 392 NO. 10](#)



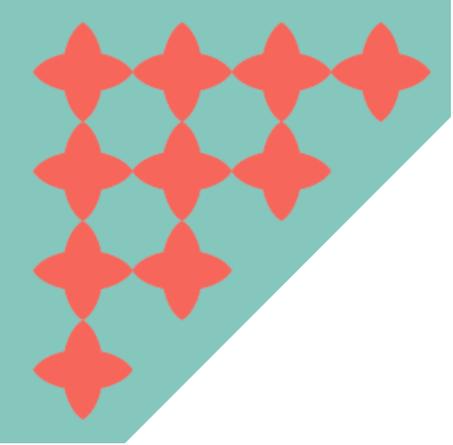
- Résultats:
  - bras interventionnel 81 couples
  - bras contrôle 83 couples
  - essai arrêté après analyse des 150 premiers couples à S12 de suivi
  - traitement femme < traitement couple
  - réurrence femmes 63% vs 35%
- Discussion: très en faveur du traitement du partenaire



## 2/ Mycose vulvo-vaginale

- Prédominance: 75% des femmes
- Facteurs favorisants: grossesse, antibiotiques
- Signes fonctionnels: vulvovaginite prurigineuse  
prurit vulvo-vaginal, brûlures vaginales/mictionnelles
- Spéculum: Leucorrhées typiques non odorantes  
blanchâtres, grumeleuses, aspect de lait caillé
- Vulve œdématisée et érythémateuse
- Examen complémentaire: **DIAGNOSTIC CLINIQUE**  
Pas de PV sauf doute ou récurrence: filaments mycéliens





# Prise en charge d'une mycose vulvo-vaginale

## Traitement local:

- Ovule vaginal

ECONAZOLE LP 150 mg x1

ou ECONAZOLE 150 mg

1 ovule à répéter à J3

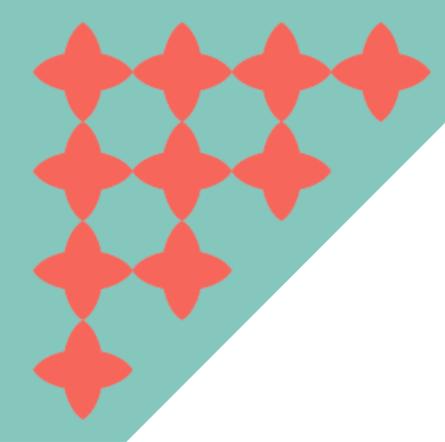
+ si vulvite: ECONAZOLE crème  
x2 applications /j pendant 7 jours

## Règles hygiéno-diététiques:

- Savon de confort

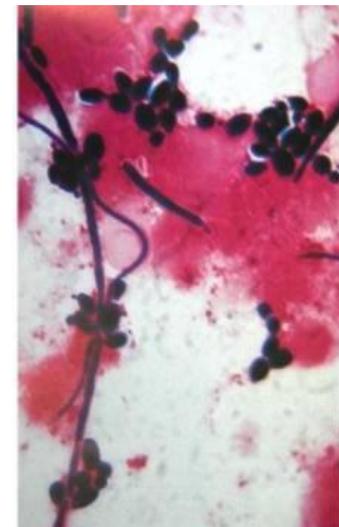
- Eviter: pantalons trop serrés,  
sous-vêtements synthétiques,  
piscine, toilette excessive

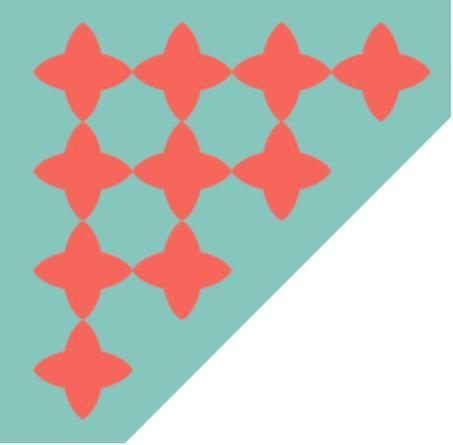
- Pas de traitement du partenaire



## Candidose récidivante > 4/an

- Facteur favorisant: antibiothérapie
- Terrain: sérologie VIH, glycémie à jeun  
grossesse, contraception hormonale
- PV avec culture et antifongogramme (recherche R aux traitements)
- **Traitement:**  
ovule ECONAZOLE LP 150 mg x1/ mois avant les règles  
si échec discuter FLUCONAZOLE PO 150 mg tous les 3j x3  
puis x1/semaine pendant 6 mois





## Selon le terrain

### Chez l'adolescente / jeune adulte:

- Vulvovaginites infectieuses possibles: germes banals (*Streptococcus pyogenes*)
- Oxyruose ou mycose
- Corps étranger (TR)

### Chez la femme enceinte: Impact sur la grossesse

- Transmission périnatale des IST
- Infection bactérienne néonatale précoce (conjonctivite/pneumopathie)
- Pas d'impact de *C.albicans* sauf colonisation du grand prématuré

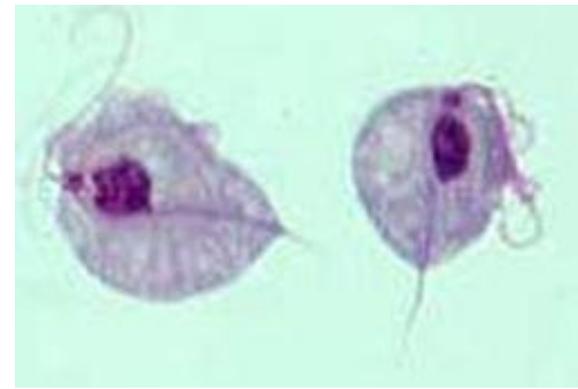
### Chez la femme ménopausée:

- Atrophie muqueuse carence oestrogénique, aspect de « vaginite sénile »: traitement œstrogène général/local
- Cancers génitaux: cervical, endométrial, tubaire

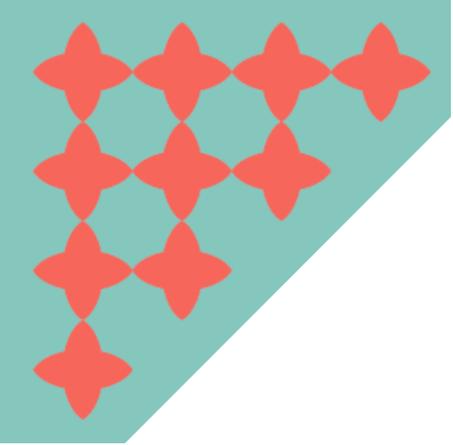


### 3/ Vulvo-vaginite

## *Trichomonas vaginalis*



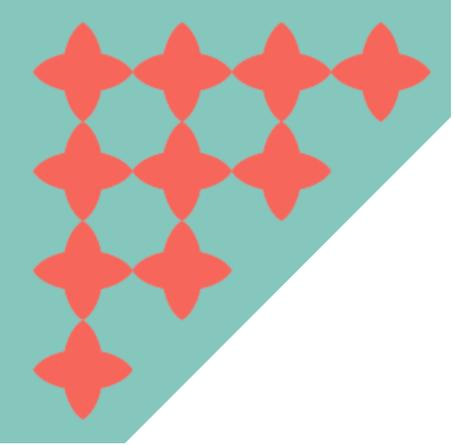
- 156 millions de cas/an en 2016, prévalence 5,3% chez la femme en 2016  
En France: prévalence 1,8% chez la femme en 2017
- Parasite protozoaire flagellé, mobile extracellulaire anaérobie
- Incubation: 4 à 28 jours
- **Examen clinique:** asymptomatique 10-50%, 20% des vulvo-vaginites prurit vulvaire/vaginal variable, brûlures mictionnelles ou pendant les rapports, dyspareunies, leucorrhées mousseuses (spumeuses) jaunâtres/verdâtres abondantes nauséabondes (odeur de plâtre frais)  
spéculum = vagin rouge,  
colposcopie = colpite focale framboisée ou en macules léopard



# *Trichomonas vaginalis*

## Diagnostic

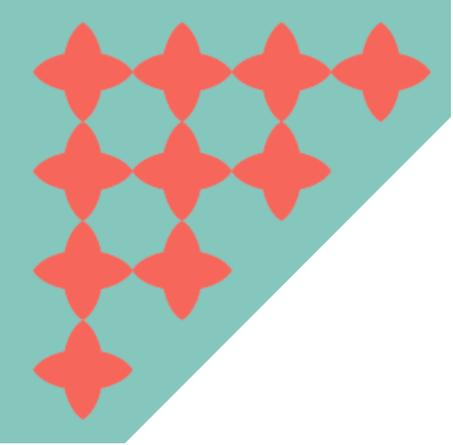
- **Pas de dépistage systématique** (faible prévalence en France),  
Recherche TV si vulvo-valginite / leucorrhées  
+ PV bactério/myco négatif + TAAN CT/NG négatifs  
ou si TV chez le partenaire
- Examens complémentaires: APV ou PV par personnel de santé  
Prélèvement avec écouvillonensemencé sur milieu de transport (type Eswab)  
**Examen direct à l'état frais** après étalement entre lame et lamelle  
Mise en évidence du parasite: formes végétatives ou trophozoïtes  
Pas d'intérêt à réaliser une culture  
PCR réalisée dans certains laboratoires



# *Trichomonas vaginalis*

## Traitement

- 1<sup>ere</sup> ligne: **METRONIDAZOLE 500 mg PO x2/j pendant 7 jours**  
si observance attendue médiocre: METRONIDAZOLE 2g DU ou SECNOL 2g DU  
si indisponibilité: TINIDAZOLE 2g DU
- 2<sup>e</sup> ligne: répéter un traitement par METRONIDAZOLE 500 mg PO x2/j pendant 7 j
- Si allergie prouvée: ovule d'acide borique 600 mg x2/j  
ou paramomycine crème intra-vaginale x2/j  
désensibilisation si allergie prouvée et échec/impossibilité traitement local alternatif
- Si R 5-nitroimidazolés: METRONIDAZOLE 1g PO x2/j pendant 7 jours  
TINIDAZOLE 2g /j pendant 7 jours  
ou traitement local par ovule de TINIDAZOLE 500 mg x2/j pendant 7 jours  
ou ovule d'acide borique 600 mg x2/j ou paramomycine crème intra-vaginale x2/j



# *Trichomonas vaginalis* Selon le terrain

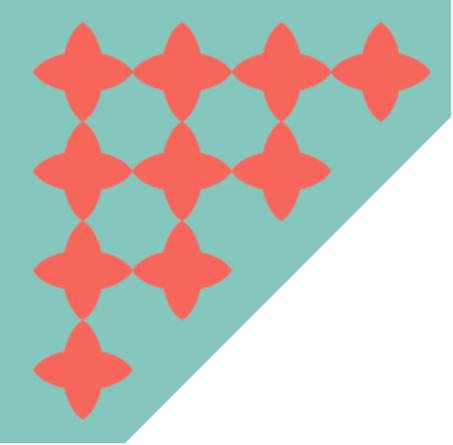


## Traitement de la femme enceinte:

- Traitement prolongé par **METRONIDAZOLE 500 mg x2/j pendant 7 jours** préférable à l'utilisation d'une dose unique  
il faut rassurer les patientes sur l'absence de tératogénicité du METRONIDAZOLE
- Eviter l'utilisation du SECNIDAZOLE et du TINIDAZOLE (moins bien évalués)

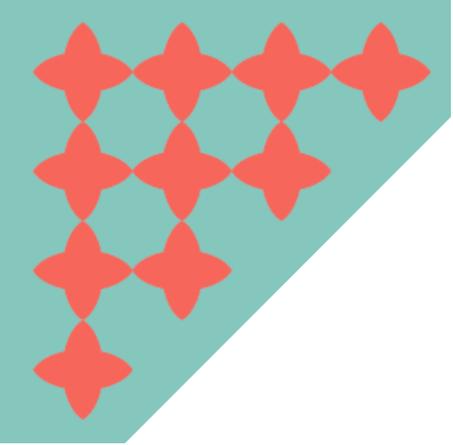
## Traitement de la femme allaitante:

- **METRONIDAZOLE DU** préférable  
compte tenu du passage du METRONIDAZOLE dans le lait maternel  
proposer de prendre le METRONIDAZOLE juste avant la dernière tétée du soir si l'enfant ne prend plus le sein la nuit



## *Trichomonas vaginalis* Mesures associées

- Dépistage et traitement simultanés de/des partenaire(s)
- Signalement au(x) partenaire(s) par le cas index
- Abstinence sexuelle ou rapports sexuels protégés jusqu'à la fin du traitement et celui du partenaire
- Pas d'alcool pendant la durée du traitement, risque majoré d'effets indésirables



## 4/ Cervicite



- **Examen clinique:** asymptomatique  
leucorrhées, métrorragie provoquée, douleur locale,
- **PCR systématique:** *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*
- **FCU:** recherche cancer cervical sous-jacent
- **Traitement probabiliste:**  
CEFTRIAXONE 1g IM DU + DOXYCYCLINE 100mg PO x2/j pendant 7 jours  
+ traitement du partenaire / RS protégés / bilan IST

## 4.1/ *Chlamydia trachomatis*

- ↗ incidence de *C. trachomatis* depuis 2014 = 55 500 cas en 2023 (81/100000 hab)

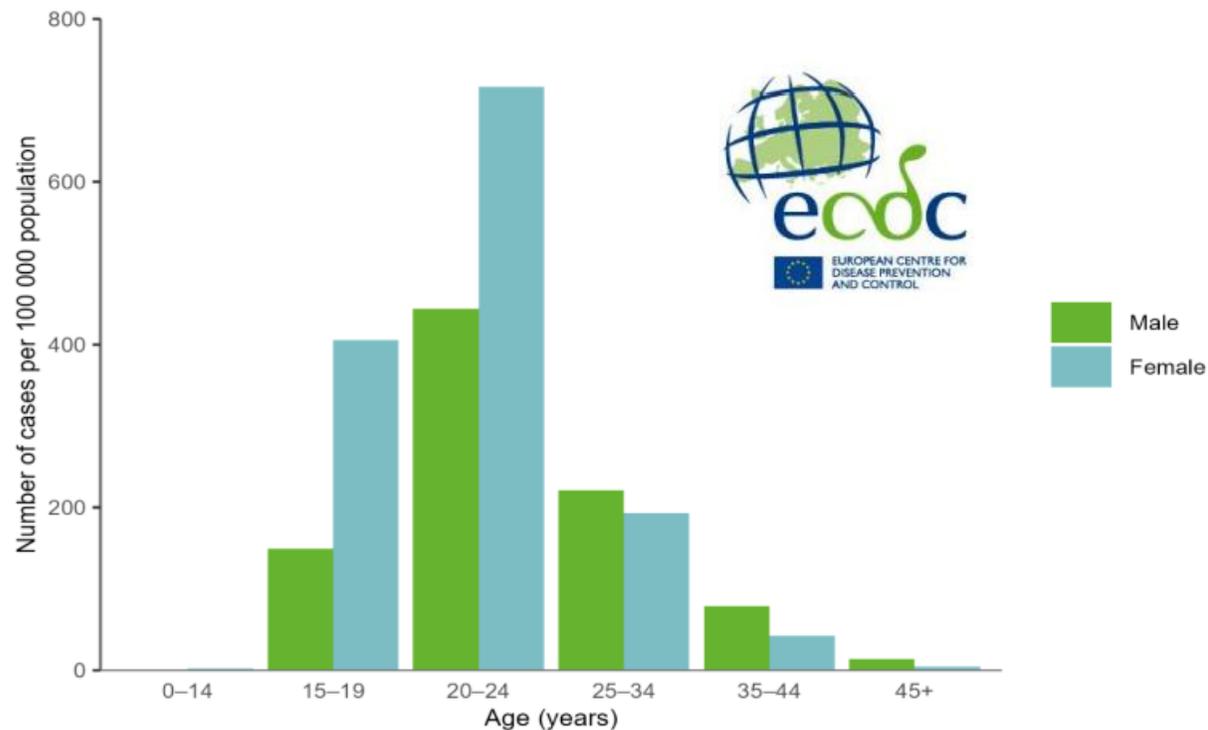


- 92/100000 habitants (54%)  
26-49 ans: 188/100000 hab  
+10% depuis 2021

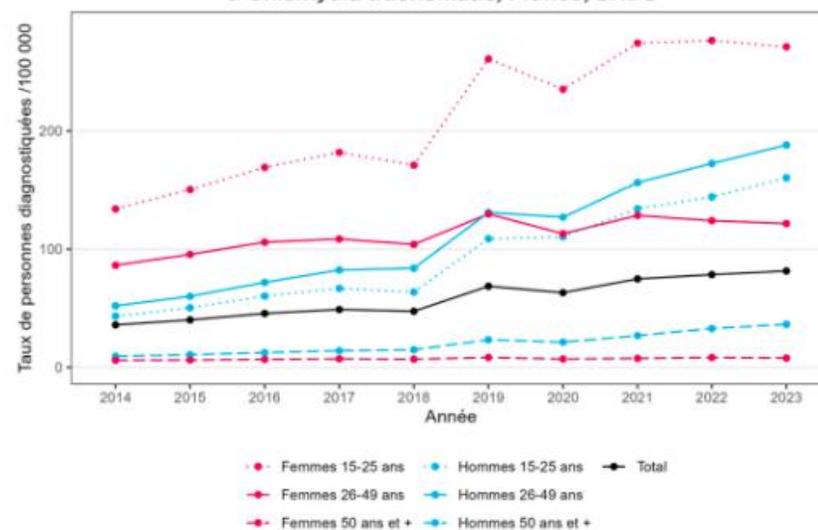


- 72/100000 habitants  
15-25 ans: 271/100000 hab  
-3% depuis 2021

Figure 3. Confirmed chlamydia cases per 100 000 population, by age and gender, EU/EEA, 2023



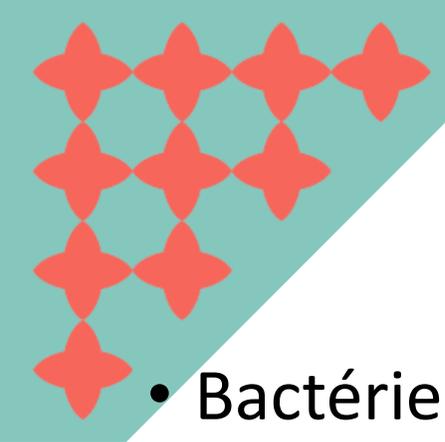
Taux de personnes diagnostiquées avec une infection à *Chlamydia trachomatis*, France, SNDS



**2021-2023**  
+10% (Fe : -3% Ho : +23%)

Ho 15-49 ans : ≈+20%

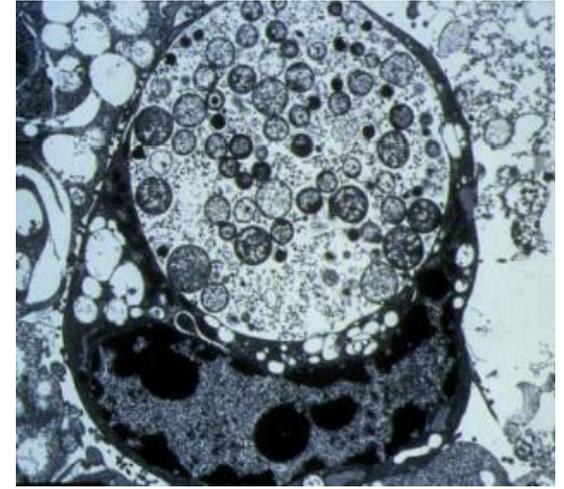
Ho ≥50 ans : +39%

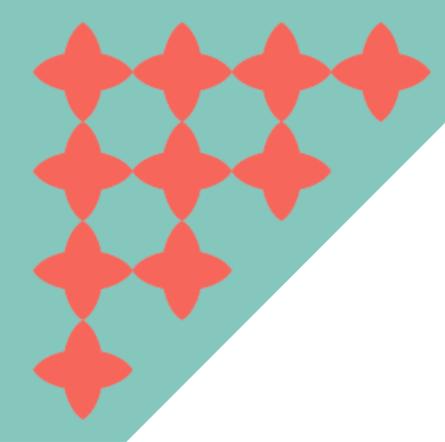


# *Chlamydia trachomatis*

## Clinique

- Bactérie intracellulaire
- Incubation: 3 à 30 jours
- **Examen clinique:** Asymptomatique 70-95%  
**cervicite aigue:** urétrite, dysurie, leucorrhées, dyspareunies  
saignement post-coïtal et intermenstruel  
col fragile, oedématié, parfois ulcéré (LGV génitale)
- **Complications:** IGH++, bartholinite, salpingite  
douleurs pelviennes chroniques  
infertilité tubaire (3%)  
grossesse extra-utérine (2%)  
sd de Fiessinger-Leroy-Reiter, arthrite réactionnelle  
sd de Fitz Hugh Curtis (fréquent, péri-hépatite secondaire IGH)





# *Chlamydia trachomatis*

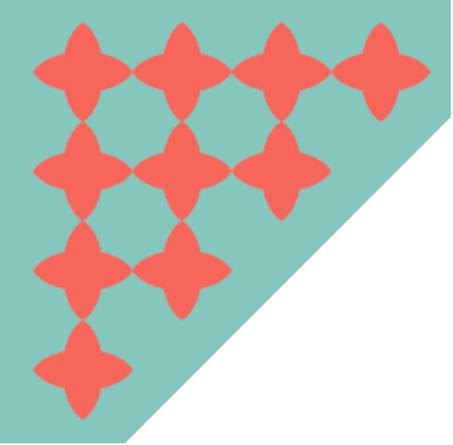
## Diagnostic

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistage des  
infections à *Chlamydia trachomatis*  
Septembre 2018

**Examens complémentaires:** Test d'amplification des acides nucléiques  
sur prélèvement endocervical si symptomatique

- **auto-prélèvement vaginal**  
ou prélèvement vaginal réalisé par le professionnel de santé,  
préféré au prélèvement urinaire
- sérologie CT inutile en cas d'IGB  
(seulement si IGH avec diag direct impossible ou pneumopathie nourrisson)



# *Chlamydia trachomatis*

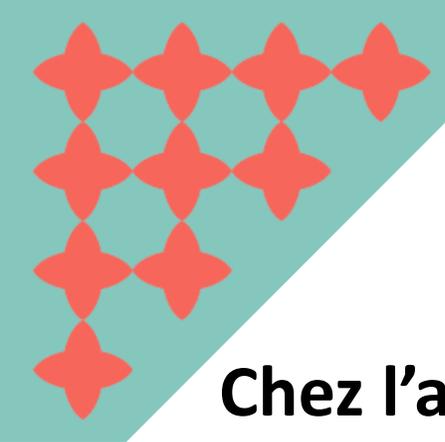
## Traitement

RECOMMANDATION

Traitement curatif  
des personnes  
infectées par  
Chlamydia

Validé par le Collège le 10 avril 2025

- 1<sup>ere</sup> intention: **DOXYCYCLINE 100 mg x2/j pendant 7 jours**  
photoprotection,  
prise pendant le repas avec un grand verre d'eau,  
ne pas s'allonger pendant 1 h après la prise
- 2<sup>e</sup> intention si CI Doxy: AZITROMYCINE 1g DU
- 3<sup>e</sup> intention: OFLOXACINE 200 mg x2/j pendant 7 jours  
ou LEVOFLOXACINE 500 mg/j pendant 7 jours
- **Pas de TAAN CT systématique pour contrôler la guérison**  
(sauf si persistance symptômes)



# *Chlamydia trachomatis*

## Selon le terrain

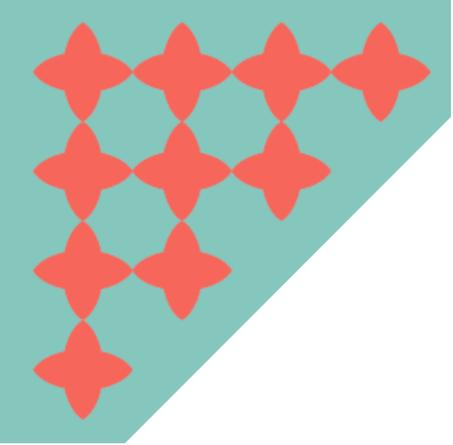
### **Chez l'adolescente / jeune adulte**

- Dépistage systématique recommandé chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives et répété annuellement si nouveau partenaire
- Importance de l'information et de l'éducation à la santé sexuelle ainsi que d'un accompagnement adapté

### **Chez la femme enceinte:**

- Dépistage systématique recommandé lors du 1er T de grossesse chez les femmes de moins de 25 ans
- Dépistage systématique recommandé lors d'une consultation pour une interruption volontaire de grossesse
- Restriction d'utilisation de la doxycycline au cours de la grossesse selon terme





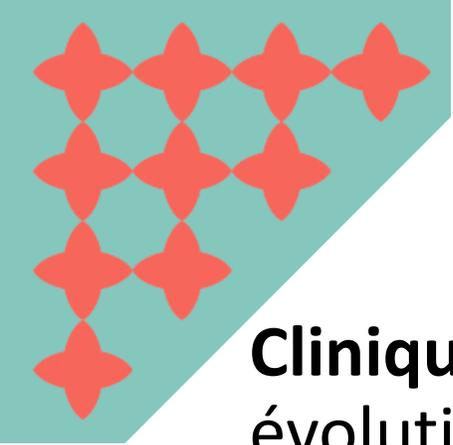
# *Chlamydia trachomatis*

## Selon le terrain



### Traitement de la femme enceinte:

- 1<sup>er</sup> Trimestre: DOXYCYCLINE 100 mg x2/j pendant 7 jours  
Absence de données montrant un effet tératogène ou une toxicité sur le tissu osseux ou dentaire en formation particulièrement lors des 14 premières semaines de grossesse
  - 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> Trimestres: AZITHROMYCINE 1g DU
- 2<sup>e</sup> intention si CI doxy et azithro: ERYTHROMYCINE 500 mg x4/j pendant 7j
- La réalisation d'un TAAN CT pour contrôler la guérison est recommandée >4 semaines après la fin du traitement



# LGV génitale

**Clinique:** **ulcération génitale + adénopathie inguinale** unilat, inflammatoire  
évolution vers abcédation, fistulisation à la peau

**Diagnostic:** si TAAN CT positif, demander TAAN CT spécifique du génotype L  
sur 1<sup>er</sup> jet urinaire, écouvillon d'ulcération génitale, prélèvement ganglionnaire,  
écoulement purulent ganglionnaire

**Traitement :** **DOXYCYCLINE 100 mg x2/j pendant 21 jours** (dont 1<sup>er</sup> T de grossesse)

2<sup>e</sup> intention (CI doxy, 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> T de grossesse): AZITHROMYCINE 1g DU /sem x3 sem

3<sup>e</sup> intention: avis spécialisé

+ test de contrôle de l'éradication bactérienne

>4 semaines après la dernière dose d'antibiotique

si le traitement de 1<sup>ère</sup> intention n'est pas réalisé

---

RECOMMANDATION

Traitement curatif  
des personnes  
infectées par  
Chlamydia

## *Chlamydia trachomatis* Traitement des partenaires

- Signalement au(x) partenaire(s) par le cas index
- Période sur laquelle identifier les partenaires à notifier: **6 mois**
- Proposer un traitement antibiotique à tous les cas contacts symptomatiques
- Si dernier RSNP > 14j: évaluation médicale / TAAN CT, traitement si TAAN CT+ ou traitement probabiliste sans attendre le résultat si risque de perdu de vue
- Si dernier RSNP < 14j: proposer un traitement quelque soit le résultat du TAAN CT (risque de faux négatifs)

## 4.2/ *Neisseria gonorrhoeae*

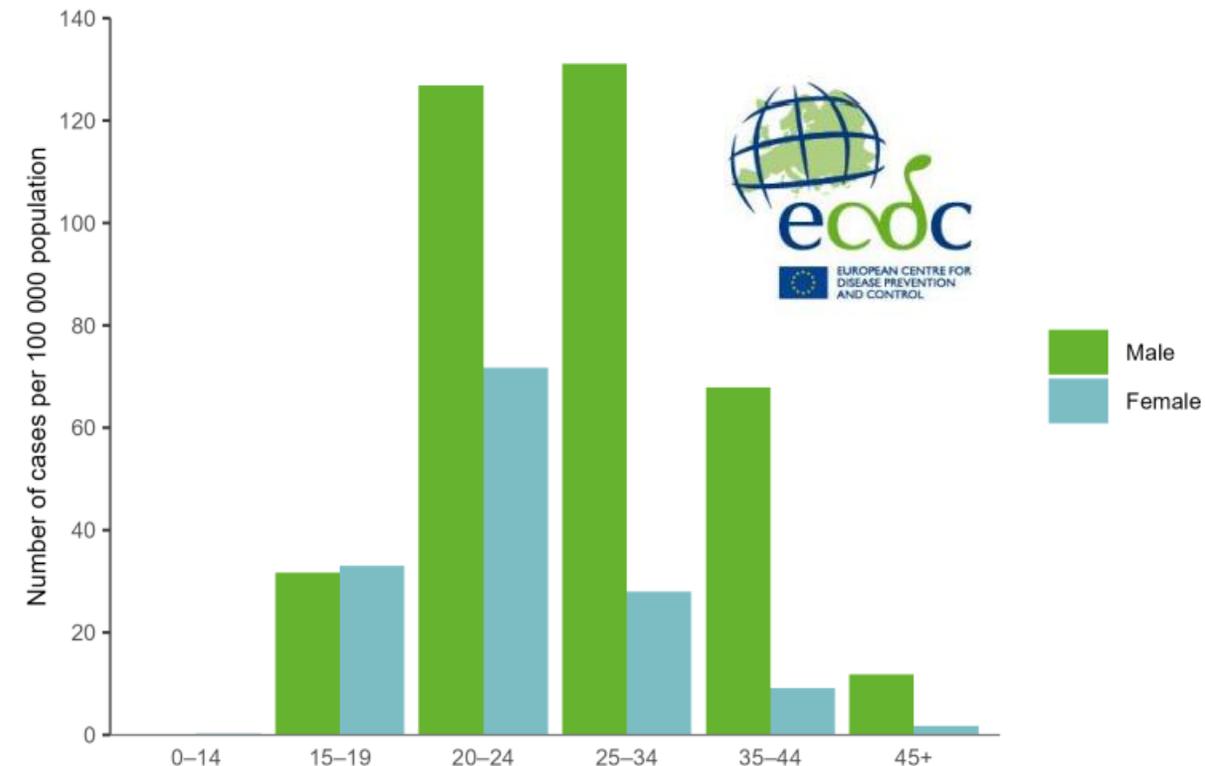
- ↗ incidence *N. gonorrhoeae* depuis 2014 (surtout entre 2021 et 2023)  
= 23 000 cas en 2023 (34/100000 hab)

- ♂ 49/100000 hab (70%)  
26-49 ans: 110/100000 hab  
+59% depuis 2021

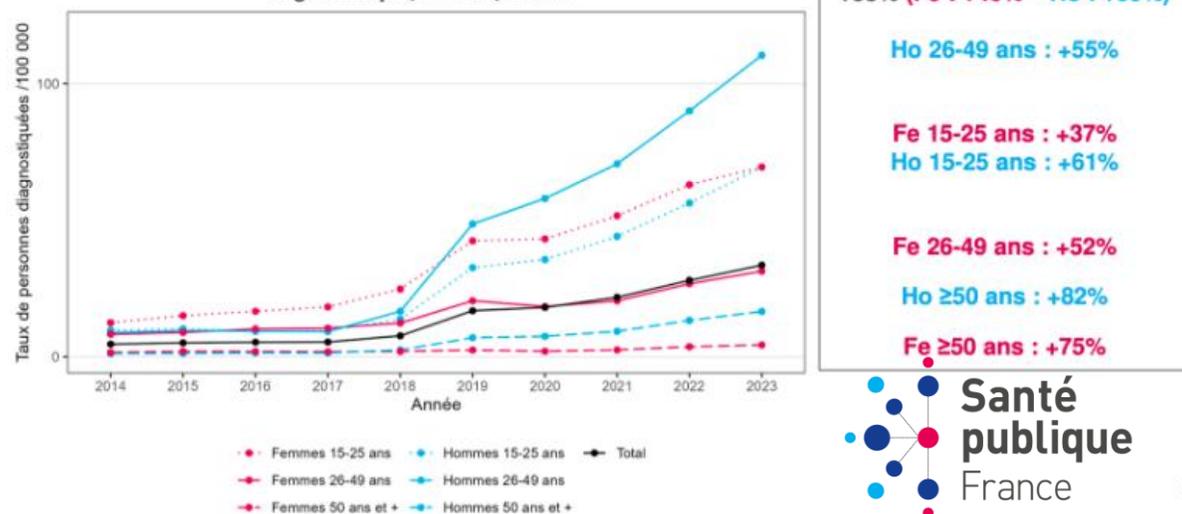
- ♀ 19/100000 hab  
15-25 ans: 60/100000 hab  
+46% depuis 2021

↗ Surtout chez >50 ans dans les deux sexes

Figure 3. Confirmed gonorrhoea cases per 100 000 population, by age and gender, EU/EEA, 2023



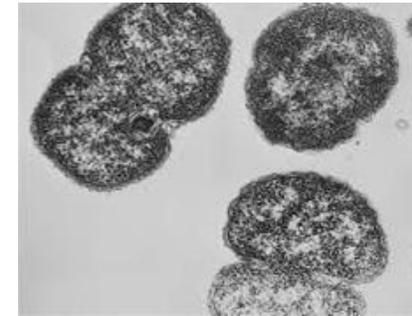
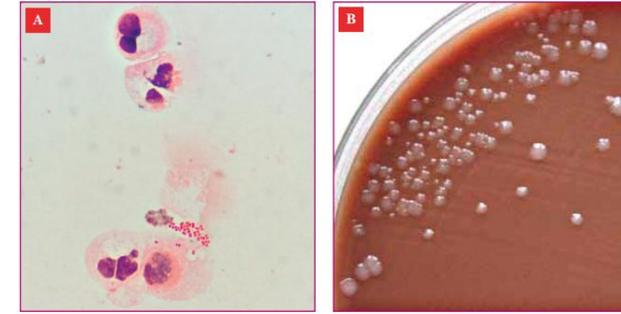
Taux de personnes diagnostiquées avec une infection à gonocoque, France, SNDS



# *Neisseria gonorrhoeae*

## Clinique

- Diplocoque Gram négatif
- Incubation: 2 à 6 jours
- **Examen clinique:** Asymptomatique 50%  
Non spécifique, dysurie, brûlures mictionnelles, dyspareunie  
**Leucorrhées purulentes, cervicite aigue**
- **Complications:** bartholinite, salpingite, abcès, GEU, sd de Fitz Hugh Curtis (rare)
- **Examens complémentaires:** TAAN NG  
Si TAAN positif, demander culture + antibiogramme  
(ne doit pas retarder l'initiation du traitement)





# *Neisseria gonorrhoeae*

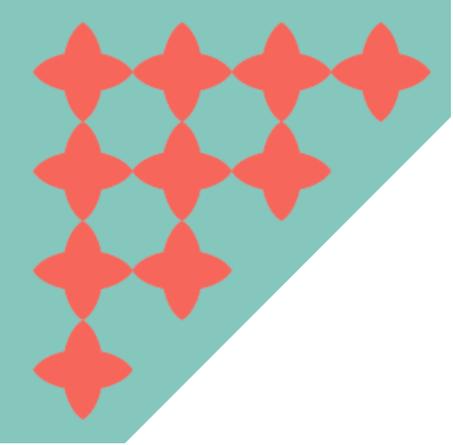
## Traitement

RECOMMANDATION

Recommandations  
de prise en charge  
des personnes  
infectées par  
*Neisseria*  
*gonorrhoeae*

- CEFTRIAXONE 1g DU IM (IV) + 2 mL de lidocaïne 1%
- Si allergie: GENTAMICINE 240 mg DU IM  
CIPROFLOXACINE 500 mg DU PO (CMI < 0,06 mg/L)  
AZITHROMYCINE 2g DU PO (ou 1g H0 et 1g H6)
- En cas de **retour d'Asie-Pacifique** et sans antibiogramme,  
bithérapie probabiliste CEFTRIAXONE 1 g + AZITHROMYCINE 2 g  
Suspicion CMI de la ceftriaxone > 0,125 mg/L et ≤ 0,5 mg/L
- **Test de contrôle de l'éradication bactérienne** par TAAN >14j après le ttt  
Si le traitement de 1ère intention non réalisé (autre que CEFTRIAXONE)  
Si CMI Ceftriaxone > 0,125 mg/L ou infection acquise en Asie-Pacifique  
Si persistance de symptômes cliniques >72h

Validé par le Collège le 10 avril 2025



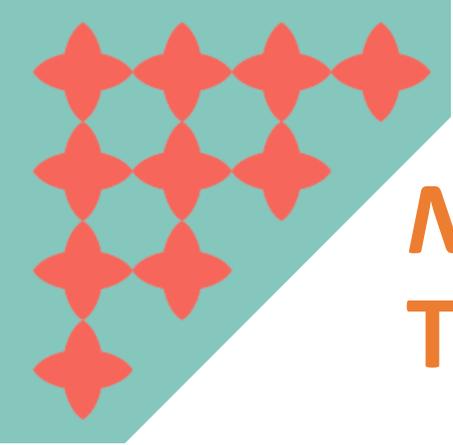
# *Neisseria gonorrhoeae*

## Selon le terrain



### Traitement de la femme enceinte / allaitante:

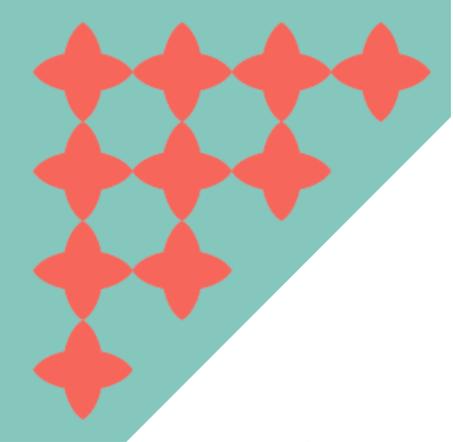
- **CEFTRIAXONE 1g DU IM (IV) + 2 mL de lidocaïne 1%**
- Si allergie: GENTAMICINE 240 mg DU IM
- Si CI IM: privilégier CEFTRIAXONE IV  
alternatives PO: CEFIXIME 400 mg DU PO  
AZITHROMYCINE 2g DU PO (ou 1g H0 et 1g H6) avec ATBg et avis spécialisé  
CIPROFLOXACINE 500 mg DU PO avec ATBg et avis spécialisé  
(Une seule dose ne présente pas de risque pour l'embryon ou le fœtus)



*Neisseria gonorrhoeae*  
Traitement des partenaires

Validé par le Collège le 2 février 2023

- Rappports sexuels évités ou protégés pendant >7 jours après le traitement
- Si besoin de contrôler le TAAN: attendre le résultat du TAAN avant tout RSNP
- Signalement au(x) partenaire(s) par le cas index
- Période sur laquelle identifier les partenaires à notifier: **6 mois**
- Proposer un traitement antibiotique à tous les cas contacts symptomatiques
- Si dernier RSNP > 14j: évaluation médicale / TAAN NG, traitement si TAAN NG+ ou traitement probabiliste sans attendre le résultat si risque de perdu de vue
- Si dernier RSNP < 14j: proposer un traitement quelque soit le résultat du TAAN NG (risque de faux négatifs)



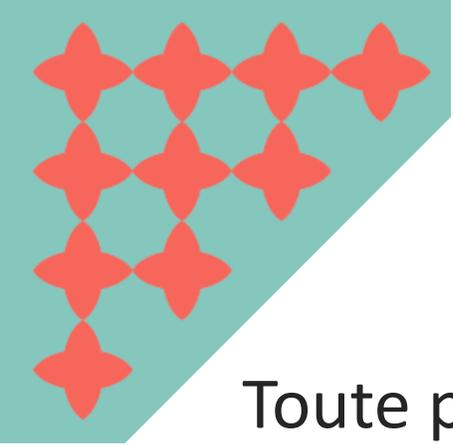
## 4.3/ Mycoplasmes



- *M. hominis* et *U. urealyticum*: commensaux
- *M. genitalium*: IST, IGH
- **Examen clinique:** Asymptomatique 40-75%  
vaginite, urétrite, **cervicite purulente**
- **Complications:** infertilité, avortement, accouchements prématurés  
arthrite réactionnelle
- **Examens complémentaires:** TAAN MG  
+ recherche de résistance aux macrolides si TAAN MG+



Recherche diagnostique et traitement antibiotique d'une infection à Mg  
seulement si infections **urogénitales symptomatiques aiguës/persistantes**



# *Mycoplasma genitalium*

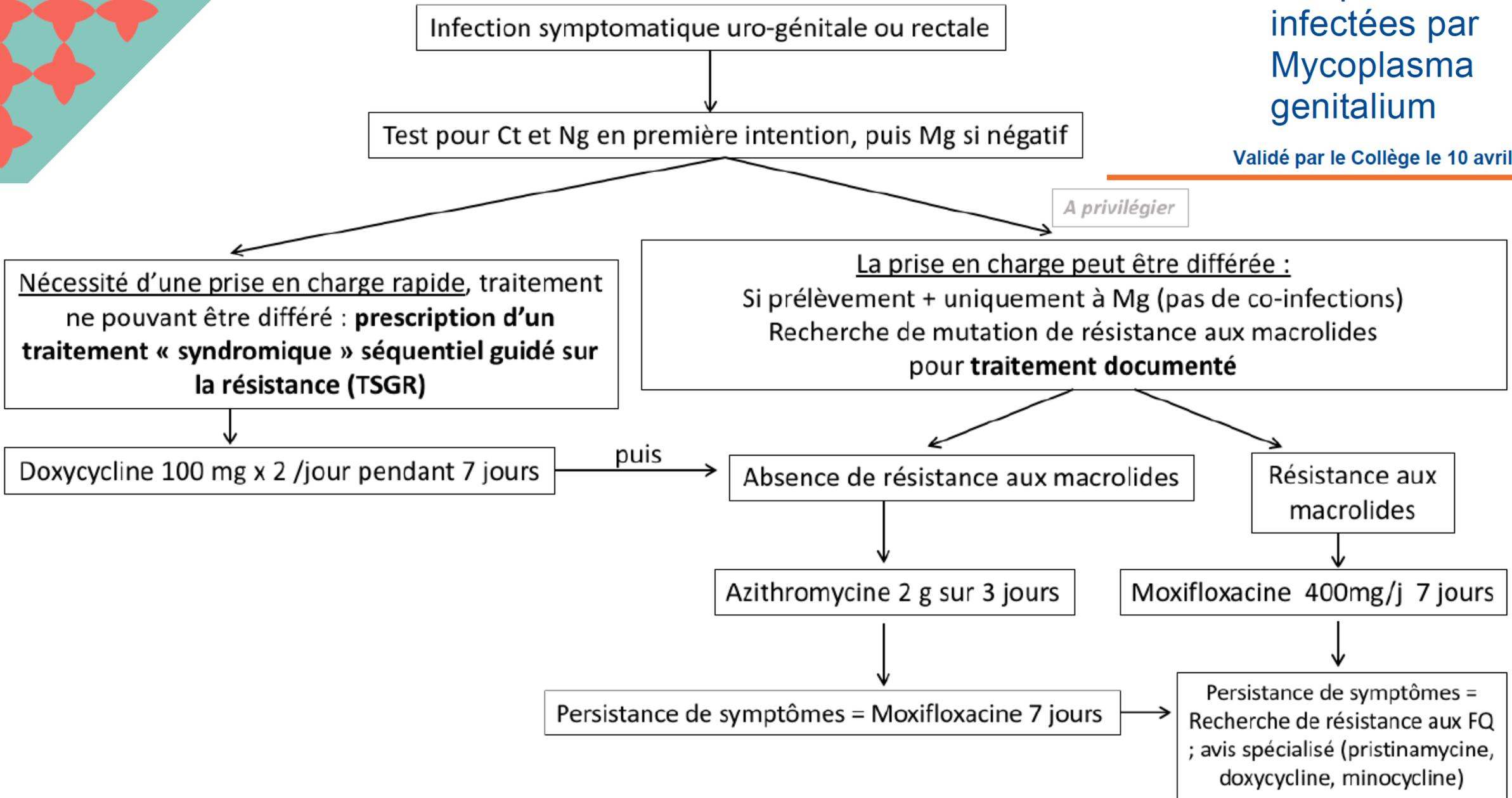
## Traitement

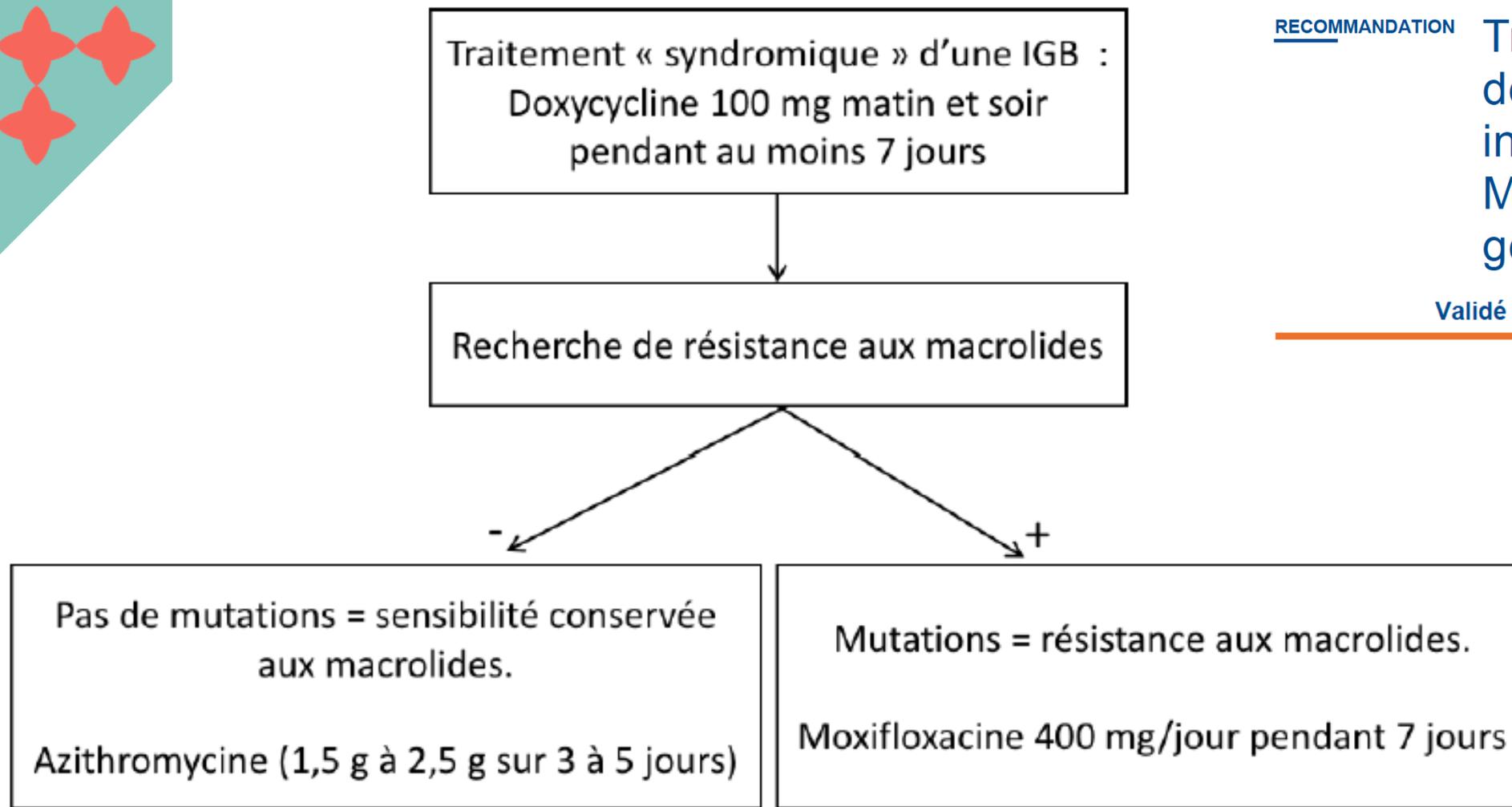
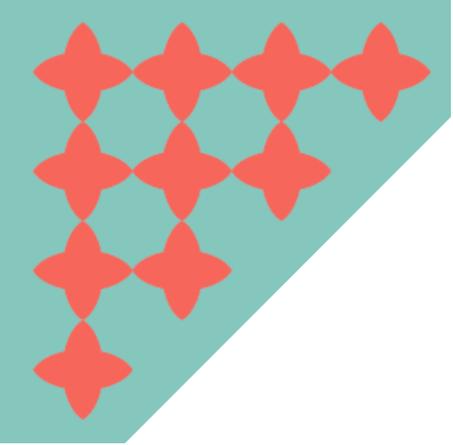
Toute prescription d'antibiotique doit être justifiée et raisonnée

Les autres IST doivent être recherchées et traitées en première intention

(*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* +/- *Trichomonas vaginalis* )

- Prescrire l'antibiothérapie après recherche de mutations de R aux macrolides  
traitement séquentiel guidé par la résistance après **DOXYCYCLINE 100mg x2/j x7j**
- 1ere intention: **AZITHROMYCINE 1g J1 puis 500 mg J2-J3**  
Si R macrolides: **MOXIFLOXACINE 400 mg** pendant 7 jours (ECG)  
Si échec (avis spécialisé): **DOXYCYCLINE 100 mg x2/j** pendant 14j  
**PRISTINAMYCINE 1g x4/j** pendant 10j  
**MINOCYCLINE 100 mg x2/j** pendant 14j
- **Pas de test de contrôle de l'éradication bactérienne**  
sauf si persistance de symptômes cliniques >3 semaines fin de traitement





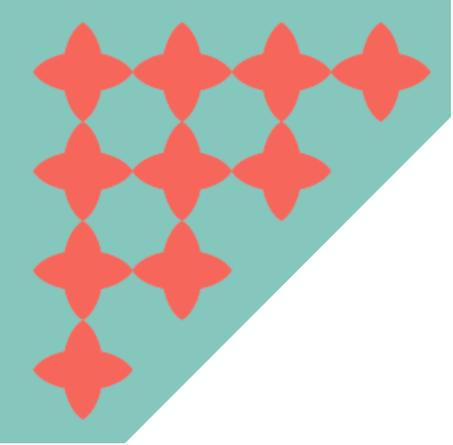
RECOMMANDATION

Traitement curatif  
des personnes  
infectées par  
*Mycoplasma  
genitalium*

Validé par le Collège le 10 avril 2025

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>

<sup>8</sup> Durukan, D. et al. Resistance-Guided Antimicrobial Therapy Using Doxycycline-Moxifloxacin and Doxycycline-2.5 g Azithromycin for the Treatment of *Mycoplasma genitalium* Infection: Efficacy and Tolerability. Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am. 71, 1461–1468 (2020).



# *Mycoplasma genitalium*

## Selon le terrain



### Traitement de la femme enceinte :

AZITHROMYCINE 1g J1 puis 500 mg J2-J3

PRISTINAMYCINE 1g x4/j pendant 10j

DOXYCYCLINE 100 mg x2/j pendant 14j (au 1<sup>er</sup> T)

### Traitement de la femme allaitante:

La seule molécule utilisable est l'AZITHROMYCINE 1g J1 puis 500 mg J2-J3

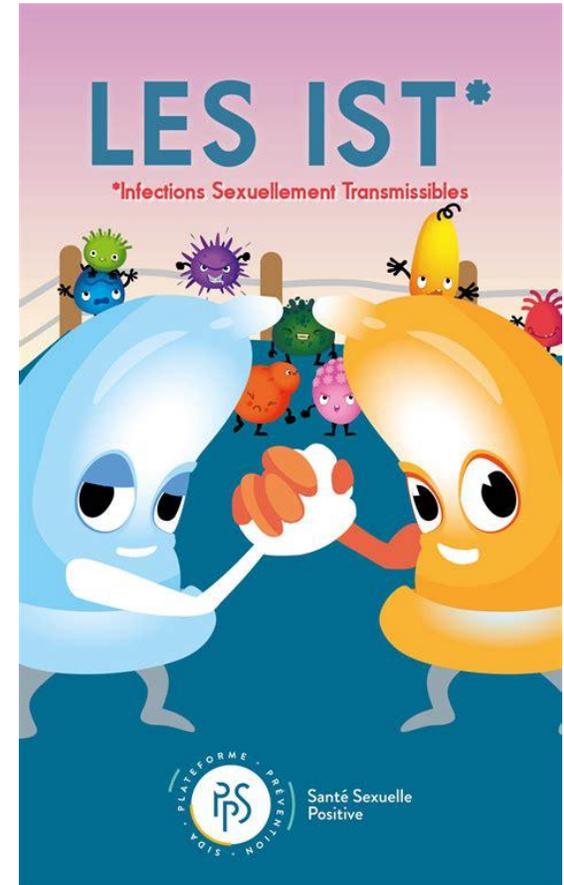


*Mycoplasma genitalium*  
Traitement des partenaires

- Rappports sexuels évités ou protégés pendant >7 jours après le traitement
- Signalement au(x) partenaire(s) par le cas index
- 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)

# Prise en charge des IST

- Information sur la santé sexuelle et reproductive
- Recherche IST associées (VIH, VHB/VHC, syphilis..)
- Information, dépistage et traitement partenaires
- Rapports sexuels protégés pendant 7 jours
- FCU: dépistage cancer du col utérin (HPV)
- Vaccinations



# Take home messages

Leucorrhées physiologique > pathologiques

- La majorité des leucorrhées ne sont pas des IST
- Candidose: diagnostic clinique + traitement probabiliste
- Autres leucorrhées pathologiques: examen gynécologique + diagnostic microbiologique
- La majorité des IST est asymptomatique = **DEPISTAGE**

	Leucorrhées	Signes locaux	Signes associés
<i>Candida</i>	Blanches, caséuses	Prurit (+++++)	Vulvite (++) Anite (++)
Vaginose	Grisâtres, peu abondantes	Rare prurit ou irritation	Odeur de poisson pourri (sniff-test)
<i>Trichomonas</i>	Vertes, spumeuses	Prurit Brûlures	Urétrite Odeur de moisi
Germes banals ( <i>Streptococque pyogenes</i> )	Purulentes	Brûlures	-

