



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Traitement curatif des personnes infectées par Mycoplasma genitalium

Validé par le Collège le 10 avril 2025

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Traitement curatif des personnes infectées par <i>Mycoplasma genitalium</i>
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Réactualisation des recommandations françaises concernant la prise en charge thérapeutique des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>
Cibles concernées	Professionnels de santé (infectiologues, dermatologues, médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, bactériologistes, internistes...)
Demandeur	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	M. Alexandre Pitard, Pr Charles Cazanave, Pr Pierre Delobel, Dr Sébastien Fouéré
Recherche documentaire	M. Aurélien Dancoisne
Auteurs	Dr Laure Barthod
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 10 avril 2025
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2025

Sommaire

Préambule	5
1. Introduction	7
2. Quels sont les antibiotiques actifs contre <i>Mycoplasma genitalium</i> ?	8
3. Quelles sont les modalités de prise en charge curative d'une infection à Mg ?	9
4. Quel est le traitement curatif d'une infection symptomatique non compliquée à Mg ?	10
5. Quel est le traitement curatif d'une infection aiguë compliquée à Mg ?	13
Table des annexes	14
Références bibliographiques	16
Participants	17
Abréviations et acronymes	19

Préambule

Contexte

Les infections à *Mycoplasma genitalium* (Mg) sont fréquentes et leur prévalence est en augmentation ces dernières années, notamment chez les patients à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST). Chez l'homme cisgenre, Mg est essentiellement responsable d'urétrites. Chez la femme cisgenre, il entraîne des cervicites et des infections génitales hautes. De rares atteintes non génitales sont décrites.

La prise en charge de ces infections est compliquée car peu d'antibiotiques disponibles sont efficaces contre Mg. De plus, chaque antibiothérapie prescrite est susceptible d'entraîner la sélection de mutations de résistance. Des cas d'impasses thérapeutiques sont fréquemment décrits, avec des souches de Mg multi-résistantes, sélectionnées par une utilisation d'antibiotiques excessive ou inadaptée.

Ainsi, les indications de traitement de Mg sont restreintes et ne concernent que les patients symptomatiques, sans co-infection par un autre agent d'IST au moment du diagnostic. Dans la lutte contre l'antibiorésistance, chaque prescription d'antibiotique doit être éclairée. Les patients asymptomatiques ne doivent plus être dépistés, ni traités, puisque le caractère pathogène de Mg n'est pas obligatoire et qu'une clairance spontanée peut survenir.

Enjeux

Enjeux pour les patients

Améliorer la prise en charge thérapeutique des infections symptomatiques à Mg par une prise en charge claire et codifiée. Dispenser des informations compréhensibles et rassurer dans les cas asymptomatiques.

Enjeux de santé publique

Améliorer la prise en charge de ces infections pour éviter leur dissémination et réduire l'acquisition de résistances de Mg aux antibiotiques disponibles, déjà peu nombreux.

Patients concernés

Patients testés positifs à Mg et leurs partenaires sexuels.

Professionnels concernés

Tout professionnel de santé amené à prendre en charge un prélèvement positif à Mg.

Objectifs de la recommandation

Les objectifs des recommandations sont les suivants :

- Actualiser les connaissances concernant les infections à Mg, afin d'établir des recommandations françaises claires et codifiées. Cette actualisation est réalisée à partir des recommandations européennes de 2021.

- Cette recommandation ne traite pas des infections aux autres mycoplasmes urogénitaux (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*). Ces espèces de mycoplasmes sont commensales du tractus urogénital et ne sont pas considérées comme des agents d'IST. Leur recherche diagnostique et/ou leur prise en charge thérapeutique nécessite systématiquement un avis spécialisé.

Questions :

- Quels sont les antibiotiques actifs contre Mg ?
- Quelles sont les modalités de prise en charge curative d'une infection à Mg ?
- Quel est le traitement curatif d'une infection symptomatique non compliquée à Mg ?
- Quel est le traitement curatif d'une infection aiguë compliquée à Mg (infection génitale haute et orchio-épididymite) ?

La santé sexuelle est un tout, et le diagnostic d'IST peut être traumatisant. Le traitement médicamenteux d'une IST ne saurait résumer sa prise en charge. Le patient atteint d'une infection à *Mycoplasma genitalium* doit bénéficier des conseils appropriés en matière de prévention de toutes les IST, des violences sexuelles et de la grossesse, et se voir proposer, le cas échéant, une orientation facilitée vers des dispositifs tels que la PrEP VIH, les traitements postexposition, ou les centres d'orthogénie.

Vis-à-vis du/ des partenaire.s, on y ajoutera lorsque c'est adapté une proposition d'aide à la notification.

Enfin, dans ce contexte d'antibiorésistance, particulièrement vrai pour Mg, des mesures d'impact seront mise en place et gérées par le Centre National des IST bactériennes (évaluation de l'évolution de la résistance aux antibiotiques).

1. Introduction

Mycoplasma genitalium (Mg) est une bactérie potentiellement pathogène, pouvant être présente de façon asymptomatique sur les muqueuses urogénitales ou rectales. Contrairement aux autres mycoplasmes urogénitaux (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* et *Ureaplasma parvum*), il est un agent reconnu d'IST depuis plusieurs années.

Chez l'homme, Mg est responsable de 10 à 35 % des urétrites non gonococciques et non chlamydiennes (UNGNC). Chez la femme, il est responsable de cervicites et d'infections génitales hautes (IGH) dans 10 à 25 % des cas. Il pourrait également entraîner des infections rectales et il existe de rares cas d'infection extra-génitales.¹ Cependant, dans une majorité des cas, il est isolé chez des patients asymptomatiques ou co-infectés par d'autres agents d'IST, posant la question de sa pathogénicité et de sa prise en charge. Son histoire naturelle est encore mal connue, mais une clairance spontanée est décrite.²

Mg est la plus petite bactérie capable de réplication autonome identifiée à ce jour (j), avec un génome minimal de 480 kilo-paires de bases. Comme il possède des capacités codantes limitées, sa culture est fastidieuse et il est diagnostiqué uniquement par des méthodes moléculaires (tests d'amplification des acides nucléiques ou TAAN).

Du genre *Mycoplasma*, il se caractérise principalement par son absence de paroi bactérienne. Il est naturellement résistant aux bêta-lactamines et aux autres antibiotiques ayant pour cible la paroi bactérienne. De plus, sous pression de sélection antibiotique, Mg développe fréquemment des mutations impliquées dans l'antibiorésistance, réduisant encore plus l'arsenal thérapeutique disponible, jusqu'à des impasses thérapeutiques.³

À l'échelle mondiale, l'antibiorésistance est responsable de nombreux décès. Elle est parfois qualifiée de pandémie silencieuse. En 2021, des travaux estiment à 4,71 millions les décès associés à la résistance bactérienne aux antibiotiques (Lancet 2024, GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators). Des projections montrent que ces chiffres de mortalité pourraient presque doubler en 2050.

Ce document constitue une actualisation des recommandations concernant la prise en charge curative des infections à Mg. Une revue systématique de la littérature a été effectuée depuis les dernières recommandations européennes de 2021 concernant la prise en charge de Mg.¹ Les dernières recommandations américaines⁴, britanniques⁵, australiennes⁶ et asiatiques⁷ ont également été incluses.

¹ Jensen, J. S. et al. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV 36, 641–650 (2022).

² Cina, M. et al. *Mycoplasma genitalium* incidence, persistence, concordance between partners and progression: systematic review and meta-analysis. Sex. Transm. Infect. 95, 328–335 (2019).

³ Pereyre, S. & Bébéar, C. *Mycoplasma genitalium*, en route vers la multirésistance ! Rev. Francoph. Lab. 2021, 22–28 (2021).

⁴ Workowski, K. A. et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm. Rep. Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Rep. 70, 1–187 (2021).

⁵ Soni, S. et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018). Int. J. STD AIDS 30, 938–950 (2019).

⁶ Ong, J. J. et al. Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care 2022 update. Sex. Health 20, 1–8 (2023).

⁷ Wada, K., Hamasuna, R., Sadahira, T., Araki, M. & Yamamoto, S. UAA-AAUS guideline for *M. genitalium* and non-chlamydial non-gonococcal urethritis. J. Infect. Chemother. Off. J. Jpn. Soc. Chemother. 27, 1384–1388 (2021).

2. Quels sont les antibiotiques actifs contre *Mycoplasma genitalium* ?

Panel thérapeutique disponible dans le traitement des infections à Mg :

Les antibiotiques utilisables dans les infections à Mg sont (grade A) :

- Les **macrolides en 1^{ère} intention**, et notamment l'azithromycine. La pristinamycine (apparenté aux macrolides) est une alternative à réserver aux cas difficiles (3^{ème} ligne).
- La **moxifloxacine**, seule fluoroquinolone efficace, est à utiliser en 2^{ème} intention en cas d'échec ou de résistances aux macrolides dans les infections génitales basses ou en 1^{ère} intention dans les infections compliquées.
- Les **tétracyclines** (doxycycline ou minocycline) sont une alternative.

Leur utilisation est conditionnée par la prévalence des résistances acquises par Mg, qui est actuellement en hausse. La prescription excessive ou inadaptée d'antibiotiques (patients asymptomatiques par exemple) est directement à l'origine de cette augmentation d'antibiorésistance. Ainsi, **toute prescription d'antibiotique dans cette indication doit être justifiée et raisonnée** (grade A).

Mesures associées à la prise de doxycycline

Lorsqu'un traitement par doxycycline est prescrit, il faut détailler aux patients les mesures associées : photoprotection, prise pendant le repas avec un grand verre d'eau et ne pas s'allonger pendant 1 h après la prise (AE).

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).

4. Quel est le traitement curatif d'une infection symptomatique non compliquée à Mg ?

Les infections non compliquées à Mg sont principalement les infections de localisation urogénitale ou rectale, en l'absence de co-infection. Elles s'opposent aux infections génitales hautes et aux orchidites/épididymites, qui sont exclues de ce chapitre et traitées en paragraphe 5 (infections compliquées).

Le traitement documenté par un TAAN reste le gold standard dans les cas où le traitement peut être différé et si l'accès aux recherches de résistances aux macrolides par TAAN est garanti. Les recommandations de traitement dans ce contexte sont détaillées dans le Tableau 1.

L'autre option thérapeutique est le traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR), qui sera choisi si le traitement ne peut être différé (symptômes intenses et/ou invalidants). Il s'agit d'un traitement « syndromique » par doxycycline, prescrit dès le diagnostic posé à la posologie de 100 mg x 2 pendant (au moins) 7 j. Après confirmation microbiologique de l'infection à Mg et obtention du résultat des recherches de résistances aux macrolides, l'antibiothérapie est adaptée par azithromycine ou moxifloxacine, immédiatement après la fin des 7 j de doxycycline (ou bien dès réception des résultats si délai d'obtention plus long) (Figure 1).

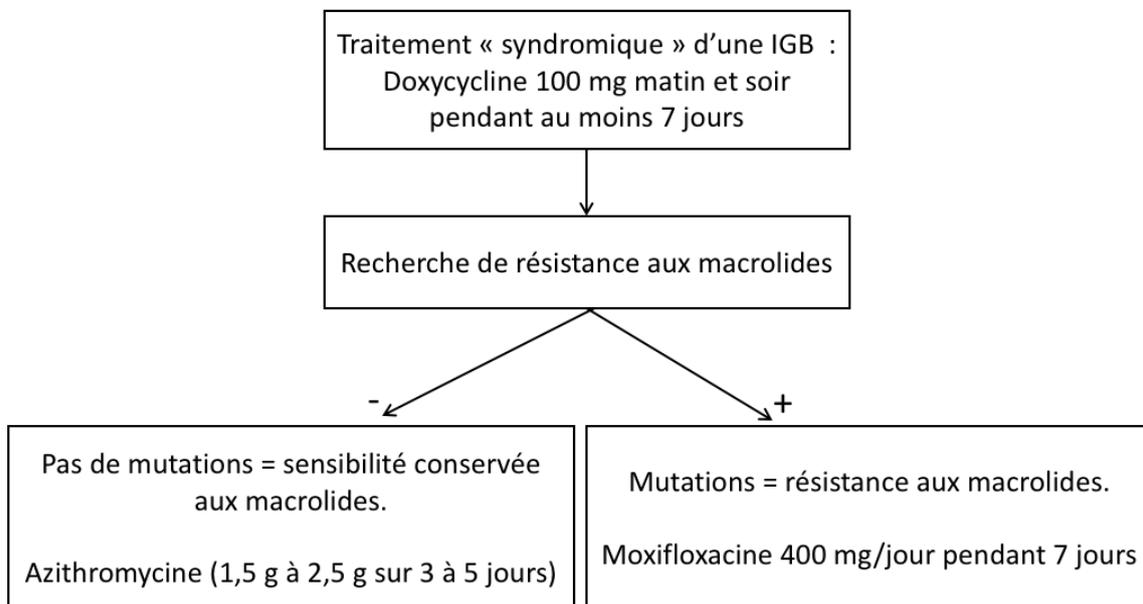


Figure 1. Concept de traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) d'une infection non compliquée à Mg, d'après Durukan et al.⁸

⁸ 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).

En l'absence de mutation de résistance aux macrolides :
- Azithromycine 1 g J1 puis 500 mg par j pendant 2 j (soit 2 g sur 3 j)
En cas de mutation de résistance identifiée aux macrolides (ou échec d'une première ligne de traitement bien conduite par macrolides) :
- Moxifloxacine 400 mg/j pendant 7 j
En cas de mutation de résistance aux macrolides et aux FQ (ou échec de deux lignes de traitement bien conduites par macrolides puis FQ) :
- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (40 % de guérison)
- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 7 j, puis pristinamycine 1 g x 4/j pendant 10 j (75 % de guérison)
<u>Avis spécialisé recommandé</u>
- ALTERNATIVE minocycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (70 % de guérison)

Tableau 1. Recommandations de traitement d'une infection symptomatique non compliquée à Mg, après recherches de mutations de résistance aux macrolides (traitement documenté), d'après Jensen et al., Soni et al., Ong et al. 1,6

¹ Jensen, J. S. et al. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV 36, 641–650 (2022).

⁶ Ong, J. J. et al. Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care 2022 update. Sex. Health 20, 1–8 (2023).

Dans les cas d'infections symptomatiques à Mg, un **traitement documenté par un TAAN positif avec recherche de résistance aux macrolides est recommandé en première intention**. Néanmoins, si l'antibiothérapie ne peut être différée, **le traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) est à privilégier : les traitements de relais** (après confirmation diagnostique et recherche de résistances) **interviennent alors à l'issue de 7 j de doxycycline à 200 mg/j** (grade AE).

- En cas de sensibilité conservée aux macrolides, **comme l'azithromycine 1 g DU n'est plus recommandée**, du fait de l'émergence de résistance (grade B) ; il est désormais proposé une plus forte posologie sur 3 jours, selon le schéma suivant : **azithromycine 2 g en première intention** (1 g à J1 puis 500 mg/j à J2 et J3) (grade B).

- **En cas de résistance aux macrolides, la moxifloxacine est recommandée à 400 mg/j pendant 7 j** (grade B).

Les cas d'échec du traitement sont définis par la persistance des symptômes au moins 3 semaines après la fin d'un traitement bien conduit (AE). **En cas d'échec de l'azithromycine et/ou de la moxifloxacine, différents schémas thérapeutiques sont utilisables par le biais de la doxycycline, minocycline et pristinamycine. Un avis spécialisé d'un médecin spécialisé dans le traitement des IST est recommandé** (AE).

Si la recherche de résistance aux macrolides n'est pas réalisable (TSGR), un traitement individualisé peut être proposé : celui-ci prend en compte les facteurs de risque de résistances aux macrolides (antécédent d'infection à Mg ou d'exposition aux macrolides, antécédents d'IST, partenaire porteur d'une souche résistante aux macrolides...). En l'absence de facteur de risque de résistance aux macrolides, l'azithromycine est recommandée en 1^{ère} intention ; dans les cas contraires l'utilisation de moxifloxacine est justifiée d'emblée (AE).

Concernant les **situations particulières** :

- Localisations inhabituelles (articulaire ou oculaire) : un avis spécialisé est recommandé (AE). Les localisations pharyngées sont rares et non pathogènes.
- Femme enceinte : l'azithromycine et la pristinamycine sont utilisables, privilégier l'azithromycine, de même que la doxycycline sur le 1^{er} trimestre (grade B). En cas d'allaitement, la seule molécule utilisable est l'azithromycine (AE).
- Allergies : la situation est à adapter au cas par cas selon le type et la gravité de l'allergie (AE).

5. Quel est le traitement curatif d'une infection aiguë compliquée à Mg ?

Les infections compliquées à Mg comprennent les infections génitales hautes (IGH) chez la femme et les orchio-épididymites chez l'homme.^{1,5,9}

- **Mg est un agent d'IST impliqué dans les IGH**, il est à **rechercher systématiquement** par TAAN sur un prélèvement génital devant des symptômes évocateurs (grade B). La recherche de mutation de résistances aux macrolides pourra être réalisée à visée épidémiologique (AE).
- Le **traitement probabiliste actuel d'une IGH** comprend une **association ceftriaxone 1 g dose unique, doxycycline 100 mg x 2/j et métronidazole 500 mg x 2 /j** (grade A), au moins partiellement efficace contre Mg. En cas d'allergie, une alternative possible associe une FQ et du métronidazole ; la moxifloxacine seule sera à privilégier en cas d'infection probable à Mg (grade AE).
- **En cas d'IGH documentée à Mg seul, le traitement de relais est la moxifloxacine à 400 mg/j pendant 14 j** (grade C). **En cas d'infection polymicrobienne, les autres agents infectieux seront traités en première intention.** En cas de résolution des symptômes, pas d'intérêt à traiter Mg ou à effectuer un prélèvement de contrôle (grade AE).
- **En cas d'orchio-épididymite documentée à Mg**, une antibiothérapie par **moxifloxacine 400 mg/j pendant 10 à 14 j** pourra être prescrite (grade C), après **exclusion de toute co-infection** (à traiter en première intention) (AE).

¹ Jensen, J. S. et al. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV 36, 641–650 (2022).

⁵ Soni, S. et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018). Int. J. STD AIDS 30, 938–950 (2019).

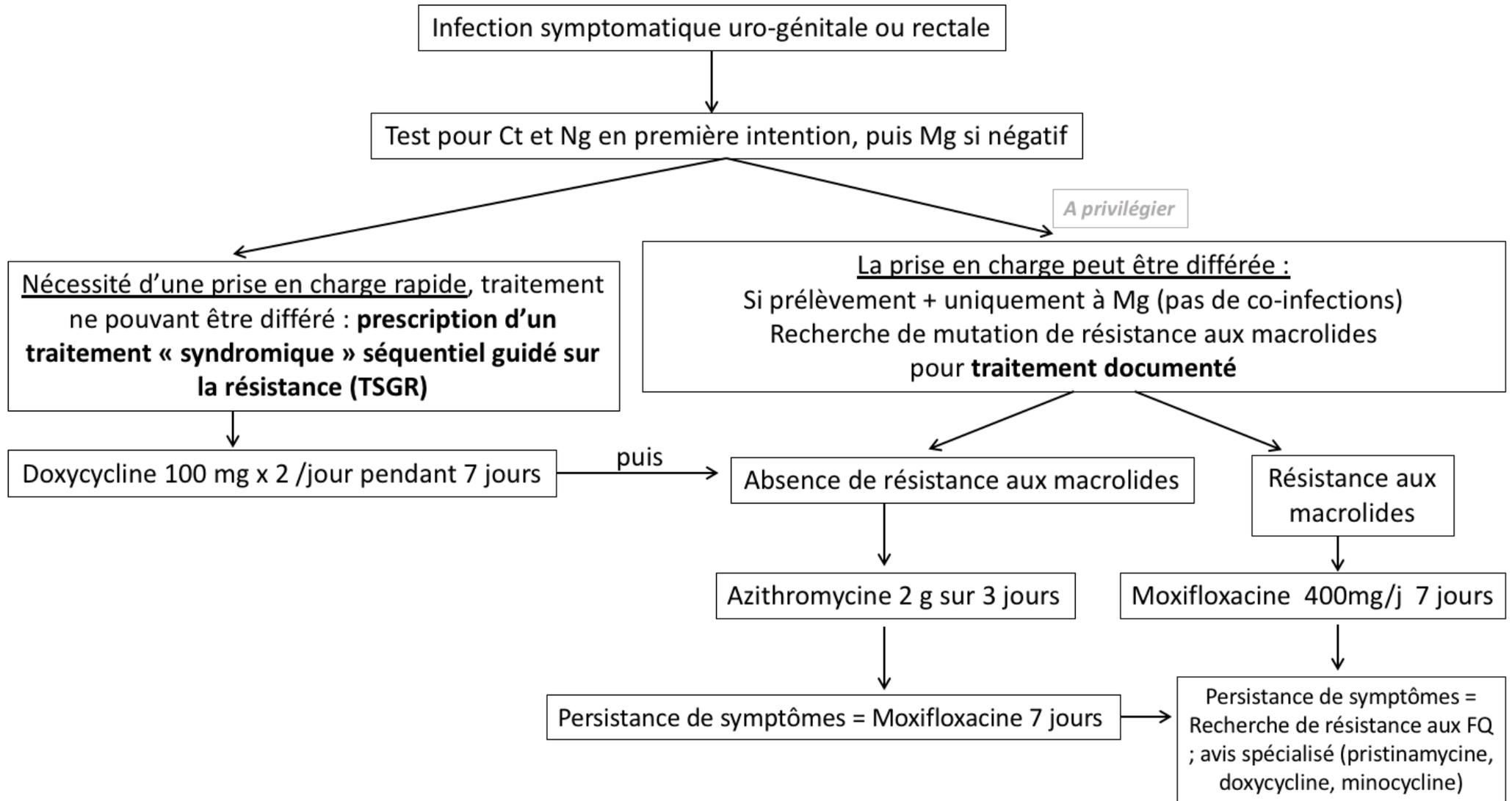
⁹ Chirwa, M. et al. United Kingdom British association for sexual health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis, 2020. Int. J. STD AIDS 32, 884–895 (2021).

Table des annexes

Annexe 1. Conduite à tenir pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une suspicion d'infection symptomatique non compliquée à Mg en l'absence de co-infections.

15

Annexe 1. Conduite à tenir pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une suspicion d'infection symptomatique non compliquée à Mg en l'absence de co-infections.



Références bibliographiques

1. Jensen, J. S. et al. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV* 36, 641–650 (2022).
2. Cina, M. et al. *Mycoplasma genitalium* incidence, persistence, concordance between partners and progression: systematic review and meta-analysis. *Sex. Transm. Infect.* 95, 328–335 (2019).
3. Pereyre, S. & Bébéar, C. *Mycoplasma genitalium*, en route vers la multirésistance ! *Rev. Francoph. Lab.* 2021, 22–28 (2021).
4. Workowski, K. A. et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm. Rep. Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Rep.* 70, 1–187 (2021).
5. Soni, S. et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018). *Int. J. STD AIDS* 30, 938–950 (2019).
6. Ong, J. J. et al. Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care 2022 update. *Sex. Health* 20, 1–8 (2023).
7. Wada, K., Hamasuna, R., Sadahira, T., Araki, M. & Yamamoto, S. UAA-AAUS guideline for *M. genitalium* and non-chlamydial non-gonococcal urethritis. *J. Infect. Chemother. Off. J. Jpn. Soc. Chemother.* 27, 1384–1388 (2021).
8. 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).
9. Chirwa, M. et al. United Kingdom British association for sexual health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis, 2020. *Int. J. STD AIDS* 32, 884–895 (2021).

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Ici le nom des participants sur 2 colonnes

Groupe de travail

Pr Charles Cazanave, infectiologue, Univ. Bordeaux, CHU Bordeaux

Dr Laure Barthod, infectiologue, CHU Bordeaux

Pr Cécile Bébéar, bactériologue, Univ. Bordeaux, CHU Bordeaux

Groupe de lecture

Dr Claire BERNIER, dermatologue, Nantes

Mme Iris BICHARD, Infirmière, Paris

Dr Bénédicte CHAINE SIDIBÉ, Dermatologue, Paris

Dr Olivier CHOSIDOW, Dermatologue, Paris

Dr Jean-Noël DAUENDORFFER, Dermatologue, Paris

Dr Stéphane DAVID, médecin CeGIDD, Paris

Dr Isabelle ETIENNEY, Proctologue, Paris

Dr Guillaume FATSCHER, Médecin généraliste, Paris

Dr Marieke GEMINEL, médecin généraliste, Champigny Sur Marne

Dr Florian HERMS, Dermatologue, Paris

Dr Evguenia KRASTINOVA, Créteil

Dr Caroline LASCOUX-COMBE, Maladies infectieuses et tropicales, Paris

Dr Victoria MANDA Infectiologue, Paris

Dr Michel OHAYON Médecin généraliste –Sexologue, Paris

Dr Dominique PATAUT, Dermatologue, Paris

Dr Bao PHUNG, maladies infectieuses, Paris

Dr Florence POIZEAU, Dermatologue, Rennes

Dr Romain SALLE, dermatologue CeGIDD, Boulogne-Billancourt

Dr Nathalie SPENATTO, Dermato-vénérologue, Toulouse

M Lucas VALLET, TRT5/CHV, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

IGH	Infection génitale haute
IST	Infection sexuellement transmissible
Mg	<i>Mycoplasma genitalium</i>
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TSGR	Traitement séquentiel guidé par la résistance
UNGNC	Urétrites non gonococciques non chlamydiennes

Retrouvez tous nos travaux sur
www.hassante.fr

