

Dans ce numéro

Est-il requis d'offrir une couverture de bactéries atypiques chez un patient atteint de pneumonie acquise en communauté?..... 1

Clientèle ADULTE..... 1

Clientèle PÉDIATRIQUE..... 2

Test PCR..... 3

Références

Erreur ! Signet non défini.

Est-il requis d'offrir une couverture de bactéries atypiques chez un patient atteint de pneumonie acquise en communauté?

La pneumonie acquise en communauté (PAC) est une infection fréquente, dont la sévérité est variable, oscillant entre la gestion de symptômes légers, autorésolutifs, à une infection fulminante pouvant entraîner le décès. La sévérité de la maladie s'explique entre autres par le/les pathogène(s) impliqué(s) de même que par les capacités immunitaires de l'hôte.

Clientèle ADULTE

Chez l'adulte, les pathogènes les plus fréquemment rencontrés sont le *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* et les bactéries dites atypiques, tels le *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* et *Legionella spp.* Bien qu'il soit difficile d'obtenir un portrait franc de leur prévalence, il est estimé qu'en Amérique du Nord les pathogènes atypiques compteraient pour environ 20% des cas de PAC.

La couverture des bactéries atypiques dans le traitement de la PAC n'est pas systématiquement requise : elle peut être envisagée en fonction des facteurs de risque du patient de même que de la gravité de la pneumonie.

En effet, chez l'adulte, *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* causent majoritairement des pneumonies légères nécessitant rarement une hospitalisation, alors que *Legionella spp.* occasionne plus fréquemment des maladies sévères au haut taux de mortalité.

La couverture des bactéries atypiques dans le traitement de la PAC n'est pas systématiquement requise : elle peut être envisagée en fonction des facteurs de risque du patient de même que de la gravité de la pneumonie.

Résistance locale élevée du *S. pneumoniae* aux macrolides (30%) selon le dernier antibiogramme cumulatif de notre établissement

Bien que les présentations clinique et radiologique des pneumonies typiques et atypiques puissent différer en certains points, il est impossible de les discriminer avec assurance sur ces bases puisqu'aucun outil clinique spécifique validé n'a été mis au point.

Ainsi, les traitements proposés dans la dernière version de notre guide de pratique clinique (04/2024) reflètent ces observations :

Pour le traitement ambulatoire d'une **PAC légère à modérée**, la couverture empirique des germes atypiques est optionnelle chez la plupart des usagers en bonne santé. Ainsi, pour les patients sans comorbidité, l'amoxicilline constitue le 1^{er} choix de traitement. L'usage de macrolides en monothérapie ne constitue pas une option thérapeutique applicable à la majorité des patients, puisque le taux de résistance locale au *S. pneumoniae* est élevé (30%) selon le dernier antibiogramme cumulatif de notre établissement.

Par contre, les traitements ambulatoires proposés pour une PAC chez les patients âgés ou avec comorbidité(s) (maladies cardiaque, pulmonaire, hépatique, rénale, néoplasie, alcoolisme ou diabète mal contrôlé) comprennent une couverture empirique des bactéries atypiques.

Quant au traitement empirique en cas de **PAC sévère nécessitant une hospitalisation**, le traitement inclus d'emblée la couverture des bactéries atypiques.

Clientèle PÉDIATRIQUE

Chez les enfants de moins de 5 ans, l'initiation d'un antibiotique n'est pas recommandée d'emblée dans un contexte de PAC, la cause virale étant prédominante. De plus, la présence d'un germe atypique évolue rarement vers une pneumonie chez cette population.

Chez les enfants d'âge scolaire, l'usage d'amoxicilline en première ligne de traitement empirique ambulatoire est recommandé. L'utilisation d'une couverture atypique est suggérée si une pneumonie atypique est présumée (ex. : apparition subaiguë, toux dominante, leucocytose minimale, infiltrat non lobaire). En effet, en présence d'un germe

atypique, les patients âgés de 5 à 15 ans sont plus susceptibles de développer une pneumonie que les enfants d'âge préscolaire.

Test PCR

Autant chez la clientèle adulte que pédiatrique, un test PCR pour la détection des pneumonies atypiques peut être considéré. Il n'est toutefois pas recommandé d'emblée et son utilisation doit être judicieuse. Un test peut être envisagé dans ces conditions :

Considérant qu'il s'agit d'un test PCR multiplex de même qu'il soit possible d'être porteur asymptomatique ou en post infection, un test positif n'est pas une preuve d'infection qui nécessite un traitement, s'il n'est pas corrélé par l'état clinique du patient.

- Une présentation clinique compatible avec la coqueluche;
- Des manifestations extrapulmonaires d'une infection à *M. pneumoniae*;
- Des facteurs de risque d'infection sévère (ex. : immunosuppression);
- Une détérioration sous antibiothérapie ciblant les bactéries typiques.

À noter que la technique de détection utilisée au CIUSSS de l'Estrie-CHUS est un PCR multiplex qui recherche plusieurs bactéries atypiques simultanément. Il est donc possible qu'un test demandé pour la recherche d'une bactérie atypique spécifique puisse être positif pour une autre bactérie atypique non suspectée initialement par le clinicien.

Ainsi, considérant qu'il s'agit d'un test multiplex de même qu'il soit possible d'être porteur asymptomatique ou en post infection, un test positif n'est pas une preuve d'infection qui nécessite un traitement, s'il n'est pas corrélé par l'état clinique du patient.

Marie-Hélène Maheu, pharmacienne

Révision Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Références

- Guide d'usage optimal** - Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte.
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/Guide_Pneumo_Web.pdf] INESSS. 2017.
- Garin N., Marti C., Lami A.S., Prendki V.** "Atypical pathogens in adult community-acquired pneumonia and implication for empiric antibiotic treatment : a narrative review". Microorganisms 2022, 10, 2326. <https://doi.org/10.3390/microorganisms10122326>
- Thibodeau K.P., Viera A.J.** "Atypical pathogens and challenges in community-acquired pneumonia". Am Fam Physician 2004; 69:1699-706.
- American Academy of Family Physicians**, "Community-acquired pneumonia: updated recommandations from the ATS and IDSA." Practice Guidelines. Epub p. 121-124. 2020.
<https://www.aafp.org/afp>
- ATS/IDSA Guidelines for diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia.** American Journal of Respiratory and Critical Care Medecine, vol. 200, issue 7, 1 October 2019, p. e45-e67. <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>
- American Academy of Family Physicians**, "Community-acquired pneumonia in children : rapid evidence review.". Vol. 104, no 6, p. 618-625. Dec.2021
<https://www.aafp.org/afp>
- INESSS.** Pneumonie acquise en communauté chez l'enfant de 3 mois et plus. Mars 2016.