

## *Mycoplasma pneumoniae*

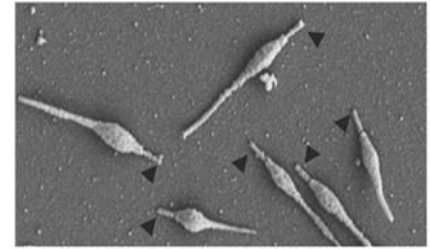


### CARTE IDENTITÉ

*Mollicutes* (de *mollis cutis* : peau molle), dépourvu de paroi et aspect polymorphe

Genre *Mycoplasma*

Espèce *pneumoniae*



### TRANSMISSION

Aérienne *via* de fines gouttelettes lors de contacts interhumains rapprochés.

### EPIDÉMIOLOGIE

- Infections plus fréquentes chez les enfants et adultes jeunes.
- Infections endémiques avec petites poussées épidémiques tous les quatre à sept ans.
- Responsable de 30 % des pneumonies communautaires chez l'enfant (2<sup>ème</sup> agent après le pneumocoque)

### PRÉVENTION

Aucune mesure spécifique

### SIGNES CLINIQUES

Période d'incubation d'une à trois semaines.

- **Manifestations respiratoires**
  - Trachéobronchites dans 80 % des cas.
  - Pneumopathie atypique avec infiltrat interstitiel diffus.
- **Manifestations extra-respiratoires fréquentes**
  - Dans près d'un quart des cas, conséquence de lésions infectieuses et/ou de manifestations auto-immunes.
  - Dermatologiques : érythèmes polymorphes, syndrome de Stevens-Johnson.
  - Neurologiques : encéphalites, méningo-encéphalites, syndrome de Guillain-Barré.

### DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

- **Prélèvement**
  - Doit ramener des cellules auxquelles le mycoplasme adhère.
  - Écouvillonnages de gorge, aspirations naso-pharyngées, liquides de lavage broncho-alvéolaire (LBA).
- **Pas d'examen direct** : *M. pneumoniae* n'est pas colorable au Gram en raison de l'absence de paroi.
- **Diagnostic moléculaire (PCR)**
  - Excellente sensibilité et spécificité.
  - Diagnostic précoce : la PCR se positive en une semaine.
  - La PCR peut rester positive quelques semaines malgré un traitement antibiotique adapté.
  - Il existe des cas de colonisation asymptomatique détectés par PCR.
- **Diagnostic indirect**
  - Technique ELISA pour une détection séparée des IgG et IgM.
  - Les anticorps apparaissent en 7 à 10 jours, atteignent un pic en 3 à 6 semaines, puis leur taux diminue en quelques mois, voire un an.
  - L'infection aiguë est confirmée par la présence d'IgM ou par une augmentation significative des IgG entre deux prélèvements.
  - Les IgM sont généralement absentes lors des réinfections.
  - Le diagnostic sérologique est souvent rétrospectif.
- **Association PCR + sérologie = meilleur moyen diagnostique**

## TRAITEMENT

- **Sensibilité aux antibiotiques**

- Du fait de l'absence de paroi, résistance à tous les antibiotiques agissant sur la biosynthèse du peptidoglycane :  $\beta$ -lactamines, glycopeptides, fosfomycine.
- Trois familles d'antibiotiques utilisables en thérapeutique : macrolides et apparentés, tétracyclines, fluoroquinolones.
- La sensibilité de *M. pneumoniae* aux antibiotiques n'est pas étudiée en routine (culture très fastidieuse).

- **Résistance acquise**

- Ne concerne que les macrolides, dans moins de 5 % des cas en France.
- La résistance peut être détectée par PCR en temps réel directement à partir de l'échantillon clinique.

- **Traitement**

- Macrolides en premier lieu, utilisables quel que soit l'âge du patient : roxithromycine, azithromycine, clarithromycine.
- Durée du traitement : 3-5 jours (azithromycine), 5-10 jours (autres macrolides).
- Si résistance aux macrolides : tétracyclines dès 8 ans ou fluoroquinolones en dernier recours à partir de 15 ans.
- Pas de contrôle d'éradication après le traitement, la PCR peut rester positive plusieurs semaines malgré la guérison.

Auteure            Sabine Pereyre  
Relectrice        Cécile Bébéar

Légende            Rang A   Rang B   Rang C

Cette fiche a été rédigée par les enseignants de bactériologie-virologie-hygiène des facultés de médecine de France  
Elle est la propriété du groupe AZAY de la Société Française de Microbiologie (SFM)  
Toute reproduction ou utilisation hors contexte d'enseignement académique est interdite