



**BULLETIN INFO n°10**

## **QUELS GERMES RECHERCHER DANS LES PNEUMOPATHIES ATYPIQUES**

Les infections respiratoires aiguës représentent la première cause de consultation en médecine générale.

La pneumopathie atypique se différencie de la pneumopathie aiguë par un début plus progressif, un syndrome grippal, une fièvre à 38°- 39°C, une toux, une évolution plus lente et parfois des signes extra respiratoires.

L'examen clinique retrouve classiquement des crépitations et sous crépitations, la radiographie pulmonaire quand elle est réalisée montre des images de pneumopathies interstitielle.

Si de nombreux virus peuvent être impliqués et notamment les virus de la grippe, adénovirus, echovirus, VRS, cinq bactéries représentent 80 à 90 % des étiologies des pneumopathies atypiques.

Les bactéries à éventuellement rechercher en fonction du contexte clinique sont les suivantes :

- *Legionella pneumophila*
- *Chlamydophila pneumoniae*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Coxiella burnetii*
- *Chlamydophila psittaci*

Si le diagnostic des pneumopathies bactériennes aiguës fait le plus souvent appel à la culture avec identification du germe et antibiogramme, le diagnostic des pneumopathies atypiques fait appel à d'autres techniques diagnostiques car il s'agit le plus souvent de bactéries intracellulaires difficiles à mettre en évidence et aux conditions de culture exigeantes.

Le diagnostic direct (mise en évidence de la présence du germe) est donc rarement effectué. La biologie moléculaire (PCR) hors nomenclature, n'est pas réalisée en routine. Seule la recherche d'antigène soluble urinaire de *Legionella pneumophila* est réalisée au laboratoire Bioalliance. Sensible et spécifique ce test dépiste *L.pneumophila* séro groupe 1 (80 à 90% des cas de légionellose), les antigènes apparaissent quelques jours après le début de la maladie.

Le diagnostic indirect est pour la plupart des germes incriminés dans les pneumopathies atypiques un test rétrospectif nécessitant une étude de la cinétique des anticorps réalisée sur deux prélèvements à 2 à 3 semaines d'intervalle. A l'exception de *Coxiella burnetii* où l'immunofluorescence indirecte permet de différencier phase aiguë, phase chronique et guérison.

# PNEUMOPATHIES ATYPIQUES

	CONTEXTE	TRANSMISSION	DIAGNOSTIC DIRECT	DIAGNOSTIC INDIRECT
<i>Legionella pneumophila</i>	Patients âgés, tabac, H/F =3, Immunodépression	Aérosols: eau de réseau (douches, climatiseurs ) Aérosolisation provenant de tours aéroréfrigérées	Recherche Ag soluble urinaire de <i>L.pneumophila</i> sérogroupe 1 (80% des cas), rapide.  Culture (délicate, peu sensible mais spécifique, 10 jours)	Sérologie IgG/IgM (2 prélèvements à 2 à 3 semaines d'intervalle)
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Adultes jeunes Adolescents Epidémie hivernale	interhumaine	PCR (non remboursé)	Sérologie IgG/IgM (2 prélèvements à 2 à 3 semaines d'intervalle)
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	Adultes jeunes Adolescents Incidence augmente avec l'âge	interhumaine	PCR (non remboursé)	Sérologie IgG/IgM (2 prélèvements à 2 à 3 semaines d'intervalle)
<i>Coxiella burnetti</i> (fièvre Q)	Réservoir animal : ovins, caprins, bovins Anthropozoonose Printemps, été	Inhalation aérosols Contact animaux infectés Produits laitiers non pasteurisés		Sérologie par Immunofluorescence indirecte permettant de distinguer phase aiguë et chronique (IgG phase II et IgG phase I)
<i>Chlamydophila psittaci</i>	Professions exposées (oiseleurs, vétérinaires, employés de zoo)	Contact avec les oiseaux ou leur environnement Inhalation de poussières		Sérologie IgG/IgM (2 prélèvements à 2 à 3 semaines d'intervalle)