

Mycoplasma pneumoniae

Maude Paquette MD, Matthew Magyar MD MSc, Christian Renaud MD MSc

■ CMAJ 2025 January 13;197:E26-7. doi : 10.1503/cmaj.240085-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2024 October 1;196:E1120. doi : 10.1503/cmaj.240085

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240085.

1 Des éclosions d'infections à *Mycoplasma pneumoniae* ont lieu tous les 3-7 ans¹

La proportion d'infections respiratoires causées par *M. pneumoniae* varie de 0 % à 30 %, selon l'année et la région étudiées². Lorsque les éclosions atteignent leur point culminant, le nombre de cas augmente à l'échelle mondiale ou régionale, généralement en fin d'été et à l'automne, et elles peuvent persister durant des mois³. L'infection peut survenir à tout âge, mais les enfants d'âge scolaire et les adolescents sont davantage affectés¹. Durant les années où l'épidémie ne sévit pas, les taux de transmission sont faibles.

2 Le diagnostic différentiel d'une toux paroxystique persistante devrait inclure l'infection à *M. pneumoniae* et la coqueluche

Même si une forme grave de maladie respiratoire, avec ou sans épanchement pleural, est possible, le tableau de la pneumonie à *M. pneumoniae* est habituellement subaigu, caractérisé par quelques jours de symptômes pseudogrippaux suivis de toux persistante et de malaise⁴. L'encéphalite, l'érythème multiforme ou le syndrome de Stevens-Johnson, la myocardite, l'arthrite et l'anémie hémolytique sont rares, mais en sont de possibles manifestations extrapulmonaires médiées par l'immunité chez les enfants et les adultes⁴.

3 L'infection aiguë peut être confirmée au moyen d'un test PCR sur des spécimens nasopharyngés⁴

Un test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) s'impose chez les personnes qui présentent une toux prolongée et des infiltrats interstitiels bilatéraux à la radiographie pulmonaire sans étiologie connue, ou des manifestations extrapulmonaires. Les tests diagnostiques pour *M. pneumoniae* sont devenus plus accessibles dans nombre d'établissements par leur inclusion dans les panels multiplex respiratoires. Le dosage de l'immunoglobuline M anti-*M. pneumoniae* peut être utile lorsque l'on soupçonne des manifestations tardives médiées par l'immunité⁴.

4 Le traitement est indiqué si les symptômes sont graves et persistants⁵

La pneumonie à *M. pneumoniae* est souvent autorésolutive. Il est préférable d'attendre les résultats du test PCR avant d'instaurer un traitement, particulièrement en l'absence d'éclosion. Lorsque les tests sont indisponibles, un traitement empirique peut être envisagé durant les périodes de pointe lorsque les symptômes persistent.

5 *Mycoplasma pneumoniae* a une résistance intrinsèque à toutes les β -lactamines, y compris celles qui incluent un inhibiteur de la β -lactamase⁴

Les macrolides, les tétracyclines et les fluoroquinolones sont efficaces⁴. La prévalence actuelle de souches résistantes aux macrolides au Canada est inconnue, mais des mutations de résistance ont été observées dans 12 % des souches en circulation en 2010-2011⁴. Pour les cas confirmés de pneumonie à *M. pneumoniae* qui ne s'améliorent pas avec les macrolides, le traitement devrait être modifié pour une fluoroquinolone ou une tétracycline.

Références

1. Meyer Sauteur PM, Unger WWJ, van Rossum AMC, et al. The art and science of diagnosing mycoplasma pneumoniae infection. *Pediatr Infect Dis J* 2018;37:1192-5.
2. Loens K, Goossens H, Ieven M. Acute respiratory infection due to *Mycoplasma pneumoniae*: current status of diagnostic methods. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2010;29:1055-69.
3. Nordholm AC, Søborg B, Jokelainen P, et al. *Mycoplasma pneumoniae* epidemic in Denmark, October to December, 2023. *Euro Surveill* 2024;29:2300707. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.2.2300707.
4. Waites KB, Xiao L, Liu Y, et al. Mycoplasma pneumoniae from the respiratory tract and beyond. *Clin Microbiol Rev* 2017;30:747-809.
5. Le Saux N, Robinson JL. Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Uncomplicated pneumonia in healthy Canadian children and youth: practice point for management. Ottawa : Canadian Pediatric Society; 2018 [mis à jour le 14 mars 2024]. Accessible ici : <https://cps.ca/documents/position/pneumonia-management-children-youth> (consulté le 17 avr. 2024).

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Division d'infectiologie, service de pédiatrie (Paquette, Magyar, Renaud), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; Division de microbiologie, service de médecine de laboratoire clinique (Paquette, Magyar, Renaud), OPTILAB Montréal — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, Qc.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Maude Paquette, maude.paquette.med@ssss.gouv.qc.ca