

Ecologie bactérienne des pneumonies chez l'enfant et résistance aux antibiotiques

N. Sora

Service de Microbiologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est la principale cause infectieuse de mortalité de l'enfant dans le monde. Elle reste une infection préoccupante, de diagnostic difficile et requiert une antibiothérapie en urgence. Cette antibiothérapie sera dans un premier temps probabiliste et le restera souvent pour toute la durée du traitement, mais il est important que le clinicien soit sensibilisé à l'écologie bactérienne de ces pneumonies communautaires.

L'obtention d'une documentation microbiologique est difficile et les investigations microbiologiques systématiques ne permettent en effet de déterminer l'agent responsable que dans moins de 50% des cas. *Streptococcus pneumoniae* est l'agent pathogène le plus souvent à l'origine de la pneumonie bactérienne suivi par *Mycoplasme pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Chlamydomphila pneumoniae*. Chez l'enfant, La fréquence de ces germes varient selon l'âge et les régions.

Parmi les PAC prises en charge en ambulatoire, la majorité des études identifient le *Mycoplasme pneumoniae* connu pour être la première cause de pneumonie communautaire chez le grand enfant et l'adolescent. Les sérologies permettent un diagnostic rétrospectif avec une bonne sensibilité et spécificité pour le *Mycoplasme pneumoniae* lorsque les IgM sont mises en évidence. Cependant, mêmes associées au diagnostic par amplification génique, ils ne permettent pas de différencier entre une situation de portage et une infection et une interprétation prudente des résultats s'impose.

En hospitalisation, seuls les hémocultures et les prélèvements respiratoires sont recommandés. L'examen cyto bactériologique d'un crachat (ECBC) n'a de pertinence diagnostique pour le pneumocoque que si l'examen direct est positif et un ECBC de bonne qualité qui se révèle négatif pour *Staphylococcus aureus* et *Pseudomonas aeruginosa* a une bonne valeur prédictive négative. Les hémocultures et l'analyse cyto bactériologique du liquide pleural en cas d'épanchement associé doivent être réalisés systématiquement.

L'augmentation de la fréquence des souches de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline impose d'adapter la thérapeutique à la pathologie et à l'épidémiologie.

Plusieurs études rapportent la résistance acquise aux macrolides chez le *Mycoplasme pneumoniae* et sa diffusion en Asie, aux USA et en Europe. Cette résistance est liée à une mutation de l'ARN ribosomale et peut être détectée par biologie moléculaire directement à partir des échantillons respiratoires.

Les biomarqueurs inflammatoires dans l'état actuel des connaissances sont des outils intéressants pour évaluer la sévérité et le risque de complications et peuvent constituer

une aide précieuse pour arrêter les antibiotiques et diminuer ainsi leur consommation. Cependant, ces biomarqueurs nécessitent encore des études complémentaires afin de définir leurs indications optimales.

Malgré les progrès réalisés en terme de diagnostics et thérapeutiques, la problématique reste toujours posée. Pneumologues, réanimateurs, infectiologues et microbiologistes doivent ouvrir afin d'améliorer encore la prise en charge de ces pneumonies infectieuses et l'élaboration de recommandations sur l'utilisation des outils de diagnostics dans les PAC de l'enfant.