



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol. 27, N° 16

18 novembre 2018

Appel à la vigilance

ÉCLOSION DE PNEUMONIES À L'ÉCOLE SECONDAIRE PAUL-ARSENEAU DE L'ASSOMPTION

- **Mise à jour**
- **Fiche résumée - *Mycoplasma pneumoniae***
- **Recommandations**

Par : Dre Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue

MISE À JOUR

Le 18 octobre 2018, la Direction de santé publique publiait un bulletin « Appel à la vigilance » en lien avec la présence d'un nombre inhabituellement élevé de pneumonies parmi des élèves et des membres du personnel de l'école secondaire Paul-Arseneau ([ESPA](#)) située à l'Assomption.

L'investigation clinique et microbiologique plus poussée de certains cas, obtenue grâce à un corridor de service avec les microbiologistes-infectiologues de l'hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG), a permis de confirmer quatre cas de pneumonies à *Mycoplasma pneumoniae*.

Ceci, combiné avec des données épidémiologiques, nous permet de conclure que **l'agent étiologique probable de cette écloison de pneumonie à l'ESPA est le *Mycoplasma pneumoniae***.

Au total à ce jour, la DSPublique a pu dénombrer dans cette écloison 30 cas ayant reçu un diagnostic médical de pneumonie (dont 27/30 diagnostics confirmés à la radiographie pulmonaire). Deux cas seulement ont nécessité une hospitalisation. La courbe épidémique laisse suggérer que le pic de l'écloison est passé. La date de début des symptômes du cas le plus récent est le 29 octobre.

Nous remercions tous les médecins qui ont collaboré de près ou de loin à cette investigation avec la Direction de santé publique ainsi que tous les professionnels associés.

FICHE RÉSUMÉE - *Mycoplasma pneumoniae* chez les jeunes d'âge scolaire (1, 2, 3, 4)

| | |
|---------------------------------|---|
| Épidémiologie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause ~20% des pneumonies chez les jeunes à l'école primaire/secondaire et cause fréquente de pneumonie chez le jeune adulte. ▪ Peut causer des éclosions (particulièrement dans les écoles, camps de vacances, chez les recrues militaires); ces éclosions sont plus fréquentes en fin d'été et au début de l'automne. |
| Transmission | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhalation de gouttelettes et contact étroit avec une personne contagieuse. ▪ Taux d'attaque relativement élevé dans la maisonnée (30-90%). ▪ Pas d'immunité durable : réinfections possibles. |
| Incubation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 à 4 semaines (habituellement 2-3 semaines). |
| Période de contagiosité | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertaine, mais probablement jusqu'à 20 jours. ▪ Portage asymptomatique peut durer des semaines/mois après la résolution des symptômes (et même si l'infection est traitée avec des antibiotiques). |
| Manifestations cliniques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte respiratoire haute (pharyngite, bronchite, parfois otite/myringite bulleuse) plus fréquente que la pneumonie (~10% des cas d'âge scolaire). ▪ Combinaison variable de fièvre, malaises, céphalées, maux de gorge et toux sèche pouvant s'apparenter à un syndrome d'allure grippale (quoiqu'habituellement le début des symptômes soit plus insidieux, le tableau de malaises et de céphalées pouvant précéder la toux de plusieurs jours, et leur durée est plus prolongée). ▪ Toux sèche qui peut devenir productive et peut persister 3 à 4 semaines. ▪ Auscultation pulmonaire souvent peu impressionnante même en présence de pneumonie radiologique (trouvailles radiologiques très variables). ▪ Atteinte extra-pulmonaire possible (lorsque présente, suggère le <i>Mycoplasma pneumoniae</i> comme étiologie à la pneumonie) : <ul style="list-style-type: none"> ○ éruption cutanée variable (~10% des pneumonies, légère à sévère); ○ hémolyse (le plus souvent peu sévère); ○ atteinte neurologique variable (ex. : méningite aseptique, méningoencéphalite, neuropathie périphérique, myélite transverse); ○ symptômes digestifs non spécifiques relativement fréquents; ○ arthralgie > arthrite; ○ myocardite (rare); ○ glomérulonéphrite (rare). ▪ Certaines conditions sont associées à un risque accru de développer une pneumonie sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ trisomie 21, ○ immunosuppression, ○ maladie cardiopulmonaire chronique, ○ anémie falciforme. |
| Analyses diagnostiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sérologie <ul style="list-style-type: none"> ○ IgM peuvent prendre quelques jours à se positiver et demeurer détectables quelques mois après l'infection. ▪ PCR multiplex bactérien sur échantillon nasopharyngé <ul style="list-style-type: none"> ○ Analyse spécialisée développée et effectuée au CHU Ste-Justine à partir d'un prélèvement nasopharyngé (lavage ou écouvillon spécial floclulé). ○ Détecte simultanément <i>Mycoplasma pneumoniae</i> et <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> +/- <i>Bordetella</i> (3 espèces) +/- <i>Legionella pneumophila</i>. ○ Ne distingue pas le portage asymptomatique d'une infection. ○ De façon générale, devrait être réservé à certains patients avec pneumonie sévère nécessitant une hospitalisation. |
| Traitement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Macrolide (clarithromycine 500mg po BID x 7 jours ou azithromycine 500mg po J1 puis 250mg po DIE x 4 jours) ▪ Guide INESSS sur la pneumonie acquise en communauté chez enfant⁽⁴⁾ : <ul style="list-style-type: none"> ○ si pneumonie virale présumée = traitement de soutien; ○ si pneumonie atypique présumée = macrolide; ○ si pneumonie bactérienne présumée = amoxil (+/- macolide pour enfant d'âge scolaire si pneumonie atypique non éliminée). |

RECOMMANDATIONS

Mesures de prévention et contrôle des infections (PCI)

Renforcement de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

- Des interventions en ce sens ont été effectuées à l'ESPA et se poursuivent.
- Un rappel individuel devrait être fait par le clinicien qui pose un diagnostic de pneumonie atypique ou virale présumé chez son patient.

Application de l'hygiène des mains et de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente des milieux de soins (urgence, clinique médicale/GMF, CLSC etc.).

Application des précautions additionnelles contre la transmission par contact et gouttelettes.

- Ces précautions devraient être instaurées auprès des usagers consultant avec fièvre et toux et pourront être modulées par la suite selon les directives PCI en vigueur dans l'établissement.

Prise en charge clinique des cas de pneumonie chez des élèves fréquentant l'ESPA

Il est recommandé de **se référer au [guide de l'INESSS sur la pneumonie acquise en communauté chez l'enfant](#)**.

Le clinicien devrait maintenir un indice de suspicion clinique relativement élevé de pneumonie atypique présumée à *M. pneumoniae* pour les prochaines semaines lors de son évaluation d'un cas de pneumonie chez un élève de l'ESPA. Cependant, au fur et à mesure que l'indice d'activité grippale s'élèvera (il est présentement faible), la probabilité clinique d'une pneumonie virale s'élèvera également et le médecin devra user de son jugement clinique.

- Si l'état d'un usager requiert une hospitalisation, une investigation microbiologique visant à rechercher l'agent étiologique devrait être entreprise. En cette saison, selon la présentation clinique, cette investigation devrait inclure un TAAN FLU A/B+RSV.

En cas de suspicion clinique élevée ou de cas confirmé de pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae*, un traitement des cas symptomatiques de la maisonnée pourrait être envisagé, particulièrement si ces cas secondaires présentent des conditions associées à un risque accru de pneumonie sévère (voir fiche résumée).

RÉFÉRENCES

1. « *Mycoplasma pneumoniae* infection in children », UpToDate, Octobre 2018
2. « *Mycoplasma pneumoniae* and other *Mycoplasma* species infections », AAP Redbook 2015, pp 568-571 (et p155 pour les éclosions)
3. « *Mycoplasma pneumoniae* », APHA Control of communicable diseases manual (CCDM) 2015, pp 469-471
4. « [Pneumonie acquise en communauté chez l'enfant de 3 mois et plus](#) », Guide INESSS, Mars 2016

RAPPEL IMPORTANT

Pour joindre le service des maladies infectieuses ou faire parvenir par télécopieur (450 759-3742) une déclaration de maladie à déclaration obligatoire (MADO), **veuillez communiquer durant les heures ouvrables (8 h 30 à 16 h 30) au 450 759-6660 ou au 1 855 759-6660, poste 4459.** Au besoin, laisser un message détaillé, un retour d'appel sera fait dans les plus brefs délais.

Un service de garde en santé publique est disponible **en dehors des heures ouvrables** en téléphonant au **450 759-8222** et en demandant le **médecin de garde en santé publique.**

Publication

Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^{re} Joane Désilets, adjointe médicale en maladies infectieuses et Directrice de santé publique (en remplacement)

Avec la collaboration de

Marie-Ève Rompré, chef d'administration des programmes protection maladies infectieuses et santé environnementale
Geneviève Anctil, conseillère en soins infirmiers

Mise en page

Manon Gingras, agente administrative, Service de protection des maladies infectieuses et de santé environnementale

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2018

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2018
ISSN 1718-9497 (PDF)
1920-2555 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section *Documentation*, dans la rubrique *Santé publique* sous l'onglet *Bulletins* du site du CISSS au :

www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 